

# NÉVROSES ET IDÉES FIXES

I



Travaux du laboratoire de Psychologie de la clinique à la Salpêtrière
PREMIÈRE SÉRIE

# NÉVROSES ET IDÉES FIXES

## I

ÉTUDES EXPÉRIMENTALES
SUR LES TROUBLES DE LA VOLONTÉ, DE L'ATTENTION, DE LA MÉMOIRE,
SUR LES ÉMOTIONS, LES IDÉES OBSÉDANTES
ET LEUR TRAITEMENT



PAR

Le Dr PIERRE JANET

Professeur de Philosophie au Lycée Condorcet,
Directeur du Laboratoire de Psychologie de la Clinique à la Salpêtrière

PARIS
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1898

A MONSIEUR F. RAYMOND

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE

DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX A LA SALPÊTRIÈRE

Hommage respectueux

et reconnaissant.

# INTRODUCTION

Les idées fixes qui se présentent au cours de tant de maladies nerveuses ou mentales constituent un des phénomènes les plus intéressants pour le médecin et pour le psychologue. D'une part, il est trop évident que ces idées, qui se développent démesurément dans l'esprit des malades, interviennent dans la plupart des perturbations mentales et même physiques, qu'elles contribueraient beaucoup, si on les comprenait bien, à les expliquer.

D'autre part, il n'est pas une fonction psychologique et physiologique qui ne puisse présenter des altérations en rapport avec l'idée fixe : la volonté, l'attention, la mémoire, les émotions, la respiration, la circulation, tous les phénomènes de la nutrition sont modifiés de toutes les manières chez ces malades. Ces modifications sont tantôt le principe, le point de départ, tantôt la conséquence des idées fixes, quelquefois elles les accompagnent sans que nous puissions bien préciser la relation de dépendance des phénomènes ; mais de toutes manières elles sont très précises et réalisent souvent les plus belles expériences que le psychologue puisse concevoir.

Je suis convaincu que c'est par l'étude de ces expériences naturelles, plus que par les théories et les mesures mathématiques que l'on arrivera à mieux comprendre notre intelligence et notre action.

Aussi, depuis longtemps, ai-je été attiré par l'étude des malades tourmentés par des idées fixes. Ces malades me semblaient assez intelligents et raisonnables pour se prêter à toutes les recherches et d'autre part étaient assez atteints dans leur pensée pour nous montrer le mécanisme de bien des perturbations de l'esprit. Ils forment, après les hystériques proprement dits, des sujets de choix pour la psychologie expérimentale.

Mais je me suis aperçu bien vite que l'étude des idées fixes,

précisément par ce qu'elle touche à tous les points essentiels de la psychologie et de la physiologie, était extrêmement complexe et qu'il m'était encore bien difficile de l'aborder dans son ensemble sans supposer résolus immédiatement et *a priori* bien des problèmes. C'est pourquoi j'ai essayé d'appliquer à ces études une méthode empruntée à la clinique médicale et qui me semble très bien appropriée aux recherches de psychologie expérimentale, celle des observations individuelles. Pour celui qui, comme moi, avoue ne pas bien comprendre les théories générales des idées fixes, chaque malade est intéressant en lui-même et demande à être analysé isolément. J'ai pris soin, pour élargir cette enquête sur les idées fixes, de choisir des malades aussi différents que possible les uns des autres. Aussi le mot « idée fixe » est-il nécessairement pris dans un sens fort large. Il ne s'agit pas uniquement d'idées obsédantes d'ordre intellectuel, mais d'états émotifs persistants, d'états de la personnalité qui restent immuables, en un mot, d'états psychologiques qui une fois constitués persistent indéfiniment et ne se modifient plus suffisamment pour s'adapter aux conditions variables du milieu environnant. Les solutions générales se dégageront probablement d'une manière toute naturelle de ces recherches particulières. Ce sont ces études particulières sur un certain nombre de malades analysés individuellement et, quand cela est possible, rapprochés d'autres sujets analogues que je réunis dans ces volumes avec l'espoir de pouvoir un jour les condenser dans un travail d'ensemble.

Chacune de ces observations étant déterminée par la nature d'un malade plus que par une recherche bien précise sur un point donné, il est difficile de les classer régulièrement.

On peut admettre d'une manière générale qu'un premier groupe, constitué par les trois premiers chapitres, se rapporte principalement aux troubles psychologiques généraux qui accompagnent les idées fixes, c'est-à-dire les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire et aux méthodes qui permettent de les étudier. Un second groupe porte sur l'analyse de quelques idées fixes considérées en elles-mêmes, sur leurs caractères, sur les lois de leur développement. Dans une troisième partie sont réunies des observations sur quelques accidents plus particuliers, sur des troubles spéciaux de la sensibilité, du mouvement, des fonctions physiologiques qui semblent se rattacher à telle ou telle idée fixe. Enfin

quelques chapitres constituent une dernière partie traitant plus particulièrement de certains procédés de traitement qui ont pu avoir dans quelques cas une heureuse influence. J'ai ajouté à cette dernière partie une observation d'anesthésie chirurgicale par la suggestion qui se rattache indirectement à ces études. On remarquera que la plupart des malades étudiés dans cet ouvrage, sauf quelques exceptions, présentaient outre leurs idées fixes des symptômes hystériques. En raison peut-être de mes études antérieures, je suis disposé à croire que l'hystérie rend plus faciles l'étude et l'interprétation des troubles de l'esprit, que l'intelligence de cette curieuse maladie doit servir d'introduction à l'étude de l'aliénation. Nous pourrons mieux comprendre plus tard les idées fixes présentées par les autres malades si nous avons d'abord compris celles que présentent les hystériques.

Ces études sont réunies sous le nom de travaux du laboratoire de psychologie de la clinique à la Salpêtrière et cela me semble juste, car c'est à ce petit laboratoire que je dois d'avoir pu continuer mes recherches de psychologie expérimentale. C'est Charcot qui m'a reçu dans son service avec tant de bienveillance et qui m'a permis de fonder ce petit laboratoire un peu spécial dans un grand service médical. Mon excellent maître, M. le professeur Raymond, en a compris l'utilité et l'importance et il a bien voulu m'aider à le conserver et à le développer. Grâce à lui, j'ai pu réunir les appareils nécessaires à quelques mesures et donner à certaines de ces études un peu plus de précision. Bien mieux, pour montrer tout l'intérêt qu'il prenait à ces études, pour les associer aux autres travaux de la clinique d'une manière plus étroite, M. Raymond a bien voulu collaborer aux recherches contenues dans le second volume de cet ouvrage. Qu'il me soit permis de lui en exprimer ici toute ma reconnaissance [1].

Paris, 28 juillet 1897.

1. Je désire signaler ici une erreur qui s'est glissée dans la reproduction d'une des figures de cet ouvrage. Dans la figure 10, page 93, la ligne droite inférieure est trop élevée par rapport à la courbe. Dans son ensemble la courbe tout entière doit être supposée plus élevée de 7 centièmes de seconde. Dans la légende de la figure 29, p. 271, *lire* hypoesthésie *au lieu de* dysesthésie.

# NÉVROSES ET IDÉES FIXES

## CHAPITRE PREMIER

### UN CAS D'ABOULIE ET D'IDÉES FIXES[1]

1. Antécédents de la maladie. — 2. Étude des mouvements. — 3. Les idées fixes. — 4. Les perceptions. — 5. Évolution de la maladie.

La plupart des auteurs qui ont étudié la psychologie ont toujours recommandé l'étude des maladies mentales : ils pensaient, et avec raison, que les perturbations des phénomènes moraux permettaient de mieux comprendre certaines opérations de l'esprit qui sont d'ordinaire peu distinctes. Si ce conseil a été rarement suivi, c'est qu'il faut pour cette étude être placé dans des conditions toutes particulières. Je dois tous mes remerciements aux médecins qui ont bien voulu diriger mes premières études sur l'aliénation, et en particulier à mon éminent maître M. le Dr Jules Falret qui m'a permis d'étudier sous sa direction et de publier cette observation recueillie dans son service à la Salpêtrière. Ce cas, en effet, me semble intéressant et peut justifier l'utilité de la méthode clinique dans les études de psychologie. D'un côté, il montre au psychologue des modifications curieuses et instructives de certains phénomènes mentaux, de l'autre il montre au médecin comment l'analyse psychologique permet d'interpréter des troubles singuliers qui caractérisent un groupe assez net de malades.

La personne que nous avons choisie pour objet principal de cette étude est une jeune fille de vingt-deux ans que nous dési-

1. Cette étude a déjà été publiée dans la *Revue philosophique* de M. Th. Ribot en mars 1891, p. 258-287, et avril 1891, p. 382-407. Je la reproduis presque sans modifications.

gnerons, tout à fait par convention, sous le nom de Marcelle. Elle présente, pour le dire d'abord en un mot, une disparition, une abolition presque totale de cette faculté, qui a bien quelque importance et qu'on appelle la *volonté*. C'est une personne absolument sans volonté, une *aboulique*, comme on les appelle. Nous allons voir chez elle comment se manifeste, comment se prouve cette suppression de la volonté et nous y parviendrons surtout par l'étude de ses mouvements. Mais nous insisterons surtout sur les conséquences qu'une pareille altération de l'esprit peut avoir sur les actes qui sont supprimés ou altérés, sur les idées, sur la mémoire et même sur la perception. Cela nous permettra d'abord de bien comprendre le rôle de la volonté qui est beaucoup plus étendu qu'on ne le croit et ensuite peut-être de nous faire une idée un peu plus précise du fait psychologique qui mérite particulièrement le nom de volonté, car c'est ce fait principal qui, chez notre malade, se montrera particulièrement altéré. Enfin cette étude pourra peut-être préciser un peu ce phénomène si important de l'*aboulie* qui se rencontre presque toujours chez ces malades que l'on désigne tantôt sous le nom d'hystériques, tantôt sous celui de neurasthéniques, de dégénérés, de phrénasthéniques, de psychasthéniques. Ce symptôme prend chez quelques-uns d'entre eux une importance si prépondérante qu'il leur donne une physionomie à part et permet de séparer, au moins au point de vue clinique, le groupe des *abouliques*.

## 1. — *Antécédents.*

Il est toujours assez difficile de recueillir des renseignements précis sur la famille des malades, et nous n'avons obtenu sur celle-ci qu'un petit nombre d'indications qui ont cependant leur importance. Le père de Marcelle fut atteint de paralysie pendant les deux dernières années de sa vie, il mourut assez jeune, vers cinquante ans, sans avoir présenté ni troubles de la parole ni délire. Il est difficile de déterminer maintenant avec exactitude la nature de cette paralysie qui est toujours décrite d'une manière fort vague. Les parents du côté maternel sont un peu mieux connus : la grand'mère maternelle mourut dans un asile d'aliénés, elle était atteinte vraisemblablement de délire des persécutions. De ses deux filles, l'une, la tante de notre malade,

eut une folie du même genre et mourut également enfermée à Vaucluse ; l'autre, la mère de Marcelle, ne fut jamais frappée d'aliénation proprement dite, mais elle semble faible d'esprit ; elle s'excite et perd facilement son sang-froid, surtout quand elle vient voir sa fille.

Cette famille eut dix enfants, dont six sont encore vivants. Les trois fils sont intelligents et travailleurs, quoiqu'on leur reproche leur caractère entier, personnel et égoïste, qui semble vraiment être de famille. Les trois filles sont toutes bizarres : les deux aînées présentent déjà, quoique à un plus faible degré, les tares morales qui ont constitué la maladie de la cadette. Elles sont très paresseuses et mêmes inertes ; « elles ont toujours l'air de penser à autre chose quand on leur parle », me disait une de leurs amies. La seconde surtout, qui est l'avant-dernier enfant de la famille, a des périodes de distraction et de tristesse qui touchent singulièrement à l'aliénation : il lui arrive de rester une quinzaine de jours sans vouloir parler à personne. Marcelle enfin, la dernière enfant, semble réunir en elle, en les augmentant, ces différents défauts de la famille.

Marcelle eut une enfance régulière, sans aucun accident, elle était vive et assez intelligente : on se plaignait seulement de son mauvais caractère et de son entêtement. La moindre contrariété, la moindre résistance à ses caprices provoquait des bouderies interminables et des scènes de colère assez violentes, qui se terminaient par des pleurs.

A l'âge de quatorze ans, elle fut atteinte d'une fièvre typhoïde extrêmement grave, qui, ainsi que cela arrive fréquemment chez les individus prédisposés, provoqua surtout des accidents cérébraux. Elle délira pendant plus d'un mois, ne reconnaissant personne et refusant énergiquement toute espèce de médicament. Cette maladie laissa des traces profondes, et c'est de ce moment que nous croyons devoir faire commencer la maladie aetuelle.

Dès la convalescence, en effet, Marcelle présenta des changements de caractère et de conduite assez notables pour être remarqués même par des personnes étrangères. Elle n'était plus vive comme autrefois, mais paresseuse, remuait peu, hésitait à se lever de sa chaise et se montrait ennuyée de tout dérangement. Tandis qu'elle apprenait facilement avant sa maladie, elle ne pouvait plus maintenant se livrer à aucun effort intellectuel et n'ap-

prenait plus rien. D'ailleurs, sur le conseil des médecins, on ne tarda pas à lui interdire tout travail de ce genre. Elle était aussi fort triste, ne prenait plus plaisir à rien et repoussait tous ses anciens amusements. Enfin elle devenait très sauvage; au lieu de causer comme elle faisait auparavant avec toutes sortes de personnes, elle fuyait complètement les étrangers, ne voulait plus parler qu'aux personnes les plus intimes, et encore se réfugiait-elle assez souvent dans sa chambre sans vouloir parler à personne.

Cet état d'inertie et de mélancolie fut encore aggravé, d'abord par le chagrin que lui causa la mort de son père, survenue un an après cette fièvre typhoïde, puis par une passion amoureuse qui provoqua d'interminables rêveries et qui fut, je crois, le début de ses idées de suicide. Si bien qu'au bout de quelques années, Marcelle, âgée alors de dix-neuf ans, était devenue complètement méconnaissable et commençait à présenter des symptômes plus inquiétants. Elle restait immobile pendant fort longtemps et semblait éprouver beaucoup de peine à se déranger, même pour les actes les plus simples. On s'étonnait, par exemple, qu'elle appelât ses frères ou sa mère pour lui donner un objet placé près d'elle, ou pour lui ouvrir une porte près de laquelle elle était debout. Lorsqu'on ne lui obéissait pas immédiatement, elle se fâchait et injuriait surtout sa mère qu'elle traitait fort durement. Dans d'autres moments, elle paraissait en proie à une agitation inexplicable, elle déchirait ses vêtements, elle frappait les meubles et criait. Un jour, on la trouva auprès d'une pile d'assiettes qu'elle cassait régulièrement les unes après les autres. Enfin au bout de quelque temps Marcelle refusa absolument de manger et fit quelques tentatives de suicide qui nécessitèrent son internement à la Salpêtrière. Placée en 1889 dans le service de M. le Dr Falret, elle fut d'abord effrayée par le spectacle des malades et par la discipline de la maison, et elle se tint assez tranquille en dissimulant à tout le monde les pensées qui l'agitaient. Au bout de quelque temps, on crut à une certaine amélioration et on essaya de la rendre à ses parents, mais elle ne put rester chez elle et dut revenir à l'hospice cette année.

## 2. — *Étude des mouvements.*

Marcelle, quand on l'examine maintenant, est une grande et forte

jeune fille qui semble bien constituée. La figure est régulière, sans asymétrie ni du crâne ni de la face, les cheveux bruns sont épais, sans épis; les oreilles bien faites, ourlées avec lobule détaché; les dents sont normales. Le seul signe de dégénérescence physique que nous constations, c'est la forme ogivale un peu accentuée de la voûte palatine.

Le fait le plus apparent que l'on remarque avant tout chez cette personne, et le premier symptôme dont elle se plaint, si on l'interroge, est une difficulté singulière des mouvements. Elle reste en général immobile sur sa chaise, faisant machinalement un petit travail de crochet, et elle refuse presque toujours de se déranger ou de faire un mouvement quelconque. Quand on lui propose de faire un mouvement des bras, en particulier d'étendre la main pour prendre sur la table un objet qu'on lui montre, elle refuse d'un air chagrin et boudeur. Si on insiste beaucoup et longtemps, elle se soulève lentement et avance très légèrement la main, puis elle s'arrête immobile et dit: « Mais je ne peux pas », et retire le bras. Puis elle l'étend de nouveau un peu, reste en suspens, fait des mouvements inutiles, incohérents, et enfin par un mouvement brusque prend l'objet; souvent elle le remet plusieurs fois sur la table avant de pouvoir se décider à le garder dans la main. Ces hésitations pour prendre un porte-plume ou un verre peuvent durer un quart d'heure ou une demi-heure. Le plus souvent d'ailleurs, Marcelle ne persévère pas si longtemps et, après quelques essais infructueux, elle retire la main et ne bouge plus; puis, d'un air de mauvaise humeur, elle déclare qu'elle ne peut pas et ne veut même plus essayer. C'est de cette dernière façon que les choses se passent quand elle est seule. Elle ne pourrait arriver à se déshabiller pour se coucher si on ne l'aidait; elle hésite pour toucher sa robe, réussit avec beaucoup de peine à l'enlever un peu, mais au lieu de continuer elle la remet et recommence indéfiniment. Je la trouvai un jour les mains vides sans son crochet habituel qui était sur une table à un mètre d'elle. « Je m'ennuie tant, me dit-elle, parce que je n'ai pas pu prendre mon crochet! Donnez-le-moi. » Un autre jour, je la trouve renfermée dans la salle et je lui reproche de n'être pas sortie profiter d'un beau jour de soleil : « J'ai essayé, me dit-elle, mais je n'ai pas pu sortir, alors je suis restée sur ma chaise. » Cette hésitation, comme on le voit par ce dernier exemple, atteint aussi les mouvements des jambes. Enfin, à de certains moments, elle reste sans répondre et ne peut même ouvrir la bouche ; le lende-

main, elle raconte qu'elle a voulu parler, mais n'a pu y parvenir. En un mot tous les mouvements volontaires des bras, des jambes, même ceux de la langue et des lèvres présentent la même hésitation et la même impuissance.

En voyant une personne de ce genre parler intelligemment, se plaindre elle-même de son impuissance à se mouvoir, de cette résistance de ses membres à sa volonté au moins apparente, on pourrait peut-être songer un moment à une maladie physique des nerfs ou des muscles qui déterminerait ces troubles du mouvement volontaire. Mais il suffit d'observer combien les mouvements de Marcelle sont modifiés par les plus légères influences morales, comment l'attention, la distraction, les souvenirs de différentes espèces suppriment ou augmentent son hésitation pour écarter l'hypothèse d'une maladie de ce genre et pour chercher dans la pathologie cérébrale et mentale la raison de cette impuissance.

La maladie mentale, à laquelle on doit alors songer, a été bien décrite depuis quelques années dans les travaux de Morel, Westphal, Legrand du Saulle, J. Falret, Magnan, etc. C'est le *délire du contact,* dont Legrand du Saulle fait une phase particulière de la folie du doute, tandis que d'autres auteurs le décrivent comme un symptôme isolé. Les malades hésitent longtemps avant de faire un mouvement, parce que ce mouvement doit provoquer l'attouchement d'un objet, qui est devenu odieux. Par suite de telle ou telle idée fixe, ou conception délirante, ils se figurent malgré eux que cet objet est électrisé, empoisonné, en un mot qu'il est répugnant et dangereux. Reconnaissant eux-mêmes toute l'absurdité de cette conception, ils veulent lutter contre leur crainte et font effort pour avancer la main, qu'ils retirent bientôt par terreur. De là, des mouvements incoordonnés, des efforts, des hésitations tout à fait analogues à ce que nous observons chez Marcelle.

Nous avons soigneusement interrogé cette personne pour lui faire avouer une idée de ce genre, et elle nous a fait quelquefois une réponse en apparence favorable à cette supposition. « C'est, dit-elle, en parlant de ses hésitations, *comme si* cela me dégoûtait ;... cet objet *doit être* sale. » On aurait tort, croyons-nous, d'accorder à cette réponse une grande importance. Nous nous trouvons ici en présence d'une des difficultés les plus communes de la psychologie expérimentale ou objective. Le sujet que l'on

temps l'incontestable fondateur de l'hypnotisme en tant que science; ce dernier point est établi par la date et le contenu de ses ouvrages, l'*Electrodynamisme vital* (1855) et le *Cours théorique et pratique de Braidisme ou hypnotisme nerveux* (1860). Voy. p. 4 de ce catalogue.

On sait que le Dr J.-P. Durand réunit à un degré remarquable les qualités du savant, du philosophe et de l'écrivain. En lui décernant le prix Lallemand, en 1892, pour ses travaux sur le système nerveux, l'Académie des sciences, par l'organe de son rapporteur, M. le professeur Brown-Séquard, le déclarait « un penseur et un écrivain de grand mérite ». Son nouveau livre, comme ses écrits antérieurs, unit l'attrait de la forme à la richesse et à la solidité du fonds. Au point de vue médical, psychologique et philosophique, il offre un intérêt hors ligne.

# Le Problème de la Mort

## SES SOLUTIONS IMAGINAIRES ET LA SCIENCE POSITIVE

**Par L. BOURDEAU.**

1 volume in-8 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*................. 5 fr.

L'idée de la mort est assurément une de celles qui ont le plus préoccupé, on peut dire obsédé, l'esprit humain. Aux questions que soulève cette éventualité redoutée, les religions et les philosophies ont proposé les réponses les plus diverses et voulu dominer la vie par l'interprétation de sa fin. M. Bourdeau étudie les doctrines relatives à la vie future, les preuves de la survivance de l'âme, les modes d'activité de l'existence future, tels que les divers systèmes philosophiques les admettent. Il examine ensuite s'il ne serait pas préférable d'instituer une morale positive, scientifiques et universelle, abstraction faite de toute croyance religieuse et des conjectures sur une autre vie. Une critique rigoureuse permet en effet de démontrer que ces fictions nuisent plus qu'elles se servent à la moralité véritable, parce qu'elles l'égarent dans de fausses voies.

# HYPNOTISME & SUGGESTION

**Par W. WUNDT**

**Professeur à l'Université de Leipzig.**

1 volume in-18 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*............. 2 fr. 50

L'hypnotisme et la suggestion ont pris une place importante dans les préoccupations des philosophes, des physiologistes et des médecins.

Le savant professeur de physiologie de l'Université de Leipzig, M. Wundt ne pouvait rester indifférent à ce mouvement, et quoiqu'il considère ces questions comme étrangères à la science à laquelle il se consacre, il donne son sentiment sur leur rôle et leur avenir. Il ne concède pas à l'hypnotisme et à la suggestion la valeur extraordinaire que leurs admirateurs leur attribuent en psychologie, mais il leur reconnaît en médecine une valeur qui ne peut être méconnue.

## MAGNÉTISME, HYPNOTISME, SOMNAMBULISME, SCIENCES OCCULTES ET MAGIE

BINET (A.). **La psychologie du raisonnement.** Recherches expérimentales par l'hypnotisme. 1 vol. in-18, 1886 .......... 2 fr. 50

— **Les altérations de la personnalité.** 1 vol. in-8 cart. à l'angl. 1892 .......... 6 fr.

BINET (A.) et Ch. FÉRÉ. **Le magnétisme animal.** 1 vol. in-8, 4ᵉ édit., 1894 .......... 6 fr.

BONJEAN. L'hypnotisme, ses rapports avec le droit, la thérapeutique, la suggestion mentale. 1 vol. in-8, 1890 .......... 3 fr.

CAHAGNET. Voy. p. 4.

CHARPIGNON. **Physiologie, médecine et métaphysique du magnétisme.** 1848, 1 vol. in-8 .......... 6 fr.

DELBOEUF. **Le magnétisme animal,** à propos d'une visite à l'École de Nancy. 1 br. in-8, 1889 .......... 2 fr. 50

DELBŒUF et LEPLAT. **De l'étendue de l'action curative de l'hypnotisme,** in-8, 1893 .......... 1 fr. 50

DU POTET (le baron). Voy. p. 4.

FABRE. **Le magnétisme animal,** satire. 3ᵉ édit., 1838, in-4 .......... 0 fr. 75.

FRANCK (Ad.) (de l'Institut). **La philosophie mystique en France** au XVIIIᵉ siècle : Saint-Martin et don Pascalis. 1 vol. in-18 .......... 2 fr. 50

GARCIN. **Le magnétisme expliqué par lui-même** ou nouvelle théorie des phénomènes de l'état magnétique, comparés aux phénomènes de l'état ordinaire. 1855. 1 vol. in-8 .......... 4 fr.

GAUTHIER (Aubin). **Histoire du somnambulisme,** connu chez tous les peuples sous les noms divers d'extases, songes, oracles, visions. Examen des doctrines de l'antiquité et des temps modernes sur ses causes, ses effets, ses abus, ses avantages et l'utilité de son concours avec la médecine. 2 vol. in-8, 1842 .......... 10 fr.

— **Revue magnétique,** journal des cures et faits magnétiques et somnambuliques. Décembre 1844 à octobre 1856. 2 vol. in-8 .......... 8 fr.
Les numéros de mai, juin, juillet, août et septembre 1846 n'ont jamais été publiés et forment dans le tome II une lacune des pages 241 à 432.

KINSFORD (Anna) et ED. MAITLAND. **La voie parfaite ou le Christ Ésotérique.** 1 fort grand in-8, préface d'Ed. Schuré, 1892 .......... 6 fr.

JANET (Pierre). **L'automatisme psychologique,** essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. 1 vol. in-8, 2ᵉ édit., 1893 .......... 0 fr.

LAFONTAINE (Charles). Voy. p. 5.

LÉVI (Éliphas). Voy. p. 4.

MESMER. **Mémoires et aphorismes,** suivi des procédés de d'ESLON. Nouvelle édit. avec des notes par J.-J.-A. Ricard, 1846, in-18 .......... 2 fr. 50

NIZET (H). **L'hypnotisme,** étude critique. 1 vol. in-18, 1892 .......... 2 fr. 50

PHILIPS (J.-P.). **Cours théorique et pratique de braidisme** ou hypnotisme nerveux, considéré dans ses rapports avec la psychologie, la physiologie et la pathologie, et dans ses applications à la médecine, à la chirurgie, à la physiologie expérimentale, à la médecine légale et à l'éducation. 1860, 1 vol. in-8........................ 3 fr. 50

REGNIER (L.-R.). **Hypnotisme et croyances anciennes.** In-8 avec fig. et pl..... 6 fr.

DE LA SALZÈDE. **Lettres sur le magnétisme animal**, considéré sous le point de vue psychologique et pathologique. 1849, 1 vol. in-12........................ 2 fr. 50

SERGUEYEFF. **Physiologie de la veille et du sommeil.** 2 forts vol. in-8, 1890.. 20 fr.

TISSIÉ. **Les rêves**, psychologie et pathologie, contribution à l'hypnotisme, 1890, 1 vol. in-8.................................................................. 2 fr. 50

GURNEY, MYERS et PODMORE. **Les hallucinations télépathiques**, adaptation de l'anglais par L. MARILLIER, agrégé de l'Université, Préface par M. CH. RICHET. 1 vol. in-8. 2e édit., 1893.......................................................... 7 fr. 50

## ŒUVRES DU BARON DU POTET

**Traité complet de magnétisme**, cours complet en 12 leçons, 4e édit. 1883, 1 vol. in-8.................................................................. 8 fr.

**Manuel de l'étudiant magnétiseur**, ou *Nouvelle instruction pratique sur le magnétisme, fondée sur trente années d'expériences et d'observations.* 5e édit., 1894, 1 vol. gr. in-18 avec figures........................................................ 3 fr. 50

**Le magnétisme opposé à la médecine**, *Histoire du magnétisme en France et en Angleterre*, 1840, 1 vol. in-8.................................................. 6 fr.

**La magie dévoilée ou principes des sciences occultes**, 2e tirage, 1875 (*il ne reste que très peu d'exemplaires de cet ouvrage*), 1 vol. in-4 sur papier fort, avec un portrait de l'auteur et de nombreuses gravures, relié........................ 100 fr.

## ŒUVRES DE CH. LAFONTAINE

**L'art de magnétiser**, ou *le Magnétisme animal considéré sous le point de vue théorique, pratique et thérapeutique.* 6e édit., 1890, 1 vol. in-8........................ 5 fr.

**Mémoires d'un magnétiseur.** 1866, 2 vol. gr. in-18.................................. 7 fr.

## ŒUVRES DE CAHAGNET

**Sanctuaire du spiritualisme**, ou *Étude de l'âme humaine et de ses rapports avec l'univers d'après le somnambulisme et l'extase.* 1850, 1 vol. in-18.................. 5 fr.

**Magie magnétique**, ou *Traité historique et pratique de fascinations, de miroirs kabbalistiques, d'apports, de suspensions, de pactes de charmes des vents, de convulsions, de possessions, d'envoûtement, de sortilèges, de magie de la parole, de correspondances sympathiques et de nécromancie.* 2e édit., 1858, 1 vol. gr. in-8.................. 7 fr.

**Méditations d'un penseur** ou mélanges de philosophie et de spiritualisme, d'appréciations, d'aspirations et de déceptions. 1861, 2 vol. in-18........................ 10 fr.

**Encyclopédie magnétique et spiritualiste**, *traité de faits physiologiques.* Magie magnétique, swendenborgianisme, nécromancie, magie céleste. 1854 à 1860, 7 vol. gr. in-18.................................................................. 28 fr.

## ŒUVRES D'ÉLIPHAS LÉVI

Les travaux d'Éliphas Lévi sur la science des anciens mages forment un cours complet divisé en trois parties :

La première partie contient le *Dogme* et le *Rituel de la haute magie*; la seconde, l'*Histoire de la magie*; la troisième, la *Clef des grands mystères*.

Chacune de ces parties, étudiée séparément, donne un enseignement complet et semble contenir toute la science; mais pour avoir une intelligence pleine et entière de l'une, il sera indispensable d'étudier avec soin les deux autres.

**Dogme et rituel de la haute magie.** 1894, 3e édit., augmentée d'un *Discours préliminaire sur les tendances religieuses, philosophiques et morales des livres de M. Éliphas Lévi sur la magie*, et d'un article sur la *Magie des campagnes* et la *Sorcellerie des bergers*. 2 vol. in-8 avec 24 figures.......... 18 fr.

**Histoire de la magie**, avec une exposition claire et précise de ses procédés, de ses rites et de ses mystères. 2e édit., 1893, 1 vol. in-8 avec 90 figures.......... 12 fr.

**La clef des grands mystères**, *suivant Hénoch, Abraham, Hermès, Trismégiste et Salomon*. 1851, 1 vol. in-8 avec 22 planches.......... 12 fr.

**La science des esprits**, *révélations du dogme secret des kabbalistes, esprit occulte des évangiles, appréciations des doctrines, et des phénomènes spirites*. 1 vol. in-8, 2e édit. 1891.......... 7 fr.

## BIBLIOTHÈQUE DIABOLIQUE

I. **Le sabbat des sorciers**, par Bourneville et Teinturier. — Papier vélin, in-8. 3 fr.

II. **Françoise Fontaine**. — Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit à Louviers, par Bénet.......... 3 fr. 50

III. **Jean Wier**. — Histoires, Disputes et Discours des illusions et impostures des Diables, etc., par Jean Wier. 2 vol. in-8.......... 15 fr.

IV. **La possession de Jeanne Féry**.......... 3 fr.

V. **Sœur Jeanne des Anges**, supérieure des Ursulines à Loudun, par Legué et Gilles de la Tourette.......... 6 fr.

VI. **Procès de la dernière sorcière** brûlée à Genève le 6 avril 1652, par Ladame. 2 fr. 50

## PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX

ALAVOINE. **Tableaux du système nerveux**, deux grands tableaux avec fig.... 5 fr.

AXENFELD et HUCHARD. **Traité des névroses**, 1 fort vol. gr. in-8, 2e édit., 1883. 20 fr.

BALLET (G.), professeur agrégé à la Faculté de médecine. **Le langage intérieur** et les diverses formes de l'aphasie, avec fig. dans le texte, 2e édit., 1888.......... 2 fr. 50

BASTIAN (Charlton). **Le cerveau, organe de la pensée**, chez l'homme et chez les animaux. 2 vol. in-8, avec 184 fig. dans le texte, 1882.......... 12 fr.

BEAUNIS (Ch.). **Les sensations internes**. 1 vol. in-8, 1889.......... 6 fr.

DEBIERRE (Ch.), professeur à la Faculté de Lille. **La moelle épinière et l'encéphale**, avec applications physiologiques, etc. 1 vol. gr. in-8 avec 242 grav. dans le texte, 1894.......... 12 fr.

DÉJERINE-KLUMPKE (Mme). **Des polynévrites**, 1 vol. in-8, 1889 ... 6 fr.

FÉRÉ (Ch.), médecin de Bicêtre. **Sensation et mouvement.** Étude de psycho-mécanique, avec fig., 1 vol. in-18, 1887 ... 2 fr. 50

— **Les épilepsies et les épileptiques** 1 vol. in-8 avec 67 gravures dans le texte et 12 planches hors texte, 1890 ... 20 fr.

— **La pathologie des émotions.** 1 vol. in-8, 1892 ... 12 fr.

— **Traité élémentaire de l'anatomie du système nerveux.** 2e *édition. Revue et augmentée.* In-8 avec 242 figures ... 10 fr.

FERRIER. **Les fonctions du cerveau.** 1 vol. in-8 traduit de l'anglais par M. H.-G. de Varigny, avec 68 fig. dans le texte, 1878 ... 3 fr.

— **De la localisation des maladies cérébrales**, traduit de l'anglais par H.-C. de Varigny, suivi d'un mémoire de MM. Charcot et Pitres sur *les localisations motrices dans les hémisphères de l'écorce du cerveau.* 1 vol. in-8 avec 67 fig. dans le texte, 1879 ... 2 fr.

ICARD (S.). **La femme pendant la période menstruelle**, étude psychique et médico-légale, 1 vol. in-8, 1890 ... 6 fr.

LEVILLAIN. **Hygiène des gens nerveux.** 1 vol. in-18 avec gravures, 2e édit., 1891. 3 fr. 50

LONGET. **Traité de physiologie.** 3e édit., 3 vol. in-8 avec fig., 1873 ... 12 fr.

LUYS. **Le cerveau, ses fonctions.** 1 vol. in-8, 7e édit., 1893, avec figures ... 6 fr.

MAREY (de l'Institut). **Du mouvement dans les fonctions de la vie.** 1 vol. in-8 avec 200 fig. dans le texte, 1868 ... 3 fr.

ONIMUS et LEGROS. **Traité d'électricité médicale.** 1 fort vol. in-8 avec de nombreuses fig. intercalées dans le texte, 2e édit., 1888 ... 17 fr.

PADIOLEAU (de Nantes). **De la médecine morale dans le traitement des maladies nerveuses.** 1 vol. in-8 ... 4 fr. 50

RIBOT (Th.), professeur au Collège de France. **Les maladies de la mémoire.** 1 vol. in-18. 8e édit., 1894 ... 2 fr. 50

— **Les maladies de la volonté.** 1 vol. in-18, 8e édit., 1894 ... 2 fr. 50

— **Les maladies de la personnalité.** 1 vol. in-18, 3e édit., 1889 ... 2 fr. 50

— **La psychologie de l'attention.** 1 vol. in-18, 2e édit., 1894 ... 2 fr. 50

RICHET (Charles), professeur à la Faculté de médecine. **L'homme et l'intelligence.** 2e édit., 1888, 1 vol. in-8 ... 10 fr.

— **Essai de psychologie générale.** 1 vol. in-18, 2e éd ... 2 fr. 50

SERGI, professeur à l'Université de Rome. **La psychologie physiologique**, traduite de l'italien par M. Mouton. 1 vol. in-8, avec fig., 1888 ... 7 fr. 50

SOURY (J.). **Les fonctions du cerveau** (*Doctrines de l'École de Strasbourg. Doctrines de l'École italienne*), 1 vol. in-8, avec figures ... 8 fr.

SULLY (James). **Les illusions des sens et de l'esprit.** 1 vol. in-8. 1883 ... 6 fr.

WUNDT. **Élément de psychologie physiologique**, traduits de l'allemand par le Dr Rouvier. 2 forts vol. in-8, avec nombreuses fig. dans le texte ... 20 fr.

## PATHOLOGIE MENTALE

AUBRY. **La contagion du meurtre.** 1 vol. in-8, préface du Dr Corre, 2e éd. 1894. 5 fr.

BALL (B.). **La morphinomanie**, [illegible]

BLIN (S.-E.). **De l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire des persécutions.** 1 vol. in-8 ... 3 fr.

BOURDET. **Des maladies du caractère au point de vue de l'hygiène morale et de la philosophie positive.** 1 vol. gr. in-8, 1878 .......... 5 fr.

BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre. **Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.** — Compte rendu du service des épileptiques, des enfants idiots et arriérés de Bicêtre : 14 volumes in-8 (demander le catalogue complet).

BRIERRE DE BOISMONT. **Du suicide et de la folie-suicide.** 2e édit., 1 vol. in-8, 1865 .......... 7 fr.

— **Joseph Guislain, sa vie et ses écrits, esquisses de médecine mentale.** 1 vol. in-8, 1867 .......... 5 fr.

CHARCOT (J.-M.), de l'Institut, professeur à la faculté de médecine de Paris. **Clinique des maladies du système nerveux** (années 1889-90 et 1890-91), recueillie par M. GUINON (G.), publiée avec la collaboration de MM. Gilles de la Tourette, Bloch, Huet, Parmentier, Souques, Hallion, J.-B. Charcot et Meige. — Tomes I et II, in-8 avec figures et planches hors texte, chacun .......... 12 fr.

— **Leçons du mardi à la Salpétrière.** Policlinique (1887-88, t. Ier, 2e édit., et 1888-89, t. II), recueillies par MM. BLIN, CHARCOT, H. COLIN, élèves du service. Deux volumes in-8. Chaque volume .......... 20 fr.

— Œuvres complètes. 9 volumes (demander le catalogue complet).

CRÉPIEUX-JAMIN. **L'écriture et le caractère.** 1 vol. in-8, avec fig. 3e éd. 1895. 7 fr. 50

DUMAS (G.). **Les états intellectuels dans la mélancolie.** 1 vol. in-12. 1894 .......... 2 fr. 50

FÉRÉ (Ch.), médecin de Bicêtre. **Le traitement des aliénés dans les familles** 1 vol. in-12 cart. à l'angl., 2e édit. 1893 .......... 3 fr.

— **Dégénérescence et criminalité**, 1 vol. in-12, 2e éd., 1895 .......... 2 fr. 50

— **La famille névropathique**, théorie tératologique de l'hérédité, de la prédisposition morbide et de la dégénérescence. 1 vol. in-12 avec grav. cart. à l'angl. 1893... 4 fr.

GAROFALO. **La criminologie.** 1 vol. in-8, 3e édit., 1892 .......... 7 fr. 50

GILLES DE LA TOURETTE et CATHELINEAU. **La nutrition dans l'hystérie.** 1 vol. in-8 avec figures .......... 3 fr. 50

GUINON (G.). **Les agents provocateurs de l'hystérie.** 1 vol. in-8 .......... 8 fr.

LOMBROSO. **Les applications de l'anthropologie criminelle**, 1 vol. in-18, 1892. 2 fr. 50

— **Nouvelles recherches de psychiatrie et d'anthropologie criminelle**, 1 vol. in-18, 1892 .......... 2 fr. 50

— **L'homme de génie.** 1 vol. in-8, précédé d'une préface de M. Ch. RICHET. 1889. 12 fr.

— **L'anthropologie criminelle** et ses récents progrès. 1 vol. in-18, 2e édit., 1891. 2 fr. 50

MACARIO. **Des paralysies dynamiques ou nerveuses.** In-8, 1859 .......... 2 fr. 50

MAGNAN (V.), médecin de Sainte-Anne. **Leçons cliniques sur les maladies mentales**, 1 vol. in-8 .......... 8 fr.

— **Le délire chronique à évolution systématique** (4e fascicule des leçons cliniques sur les maladies mentales). 1 vol. in-8 .......... 3 fr. 50

MAUDSLEY. **Le crime et la folie.** 1 vol. in-8, 6e édit., 1891 .......... 6 fr.

— **La pathologie de l'esprit.** 1 vol. in-8, traduit de l'anglais par le Dr GERMONT, 1883 .......... 7 fr. 50

MOSSO (H.). **La fatigue intellectuelle et physique**, 1 vol. in-12, 1893 .......... 2 fr. 50

NORDAU (Max). **Dégénérescence**, 2 vol. in-8, 3e édit., 1895 .......... 17 fr. 50

NOIR. **Les tics chez les dégénérés, les imbéciles et les idiots.** In-8 avec fig.... 4 fr.

PROAL. **Le crime et la peine.** 1 vol. in-8, 2e édit., 1894 .......... 10 fr.

— **La criminalité politique.** 1 vol. in-8, 1894 .......... 5 fr.

SOLLIER (P.). **Psychologie de l'idiot et de l'imbécile.** 1 vol. in-8, 1891 .......... 5 fr.

TARDE. La criminalité comparée. 1 vol. in-18, 3e édit., 1894 ........ 2 fr. 50
THULIÉ. La folie et la loi. 2e édit., 1 vol. in-8, 1867 ........ 3 fr. 50
— De la manie raisonnante du Dr Campagne. In-8, 1870 ........ 2 fr.
VOISIN. L'idiotie, hérédité et dégénérescence mentale, psychologie et éducation de l'idiot. 1 vol. in-12 cart. à l'anglaise, avec grav. 1893 ........ 4 fr.

BOUCHER (L.). La Salpêtrière, son histoire, de 1656 à 1790, ses origines et son fonctionnement au XVIIIe siècle. In-4 avec planches ........ 3 fr. 50
BRU (P.). Histoire de Bicêtre. In-4 avec 22 pl. et un plan général de l'hospice de Bicêtre actuel (1890) ........ 15 fr.

# ANNALES
DES
# SCIENCES PSYCHIQUES

*Recueil d'Observations et d'Expériences*

**Directeur : M. le Dr DARIEX**

CINQUIÈME ANNÉE, 1895

Les *Annales des Sciences psychiques*, dont le plan et le but sont tout à fait nouveaux, paraissent tous les deux mois depuis le 15 janvier 1891. Chaque livraison forme un cahier de quatre feuilles in-8 carré, de 64 pages, renfermé sous une couverture.

Elles rapportent, avec force preuves à l'appui, toutes les observations sérieuses qui leur sont adressées, relativement aux faits soi-disant occultes de **télépathie**, de **lucidité**, de **pressentiment**, de **mouvement d'objets**, d'**apparitions objectives**.

En dehors de ces recueils de faits, sont publiés des documents et discussions sur les *bonnes conditions pour observer et expérimenter*, des *analyses*, des *bibliographies*, des *critiques*, etc.

S'adresser pour la rédaction : à M. le Dr **DARIEX**, 6, rue du Bellay, Paris;
— pour l'administration : à M. **Félix ALCAN**, éditeur, 108, boulevard St-Germain, Paris.

**Abonnements, un an, du 15 janvier, 12 francs; la livraison, 2 fr. 50.**
**La première année (1891) se vend 12 francs.**

On s'abonne également chez tous les libraires et dans les bureaux de poste de la France et de l'étranger.

ENVOI FRANCO CONTRE MANDAT-POSTE, SANS AUGMENTATION

Coulommiers. — Imp. Paul Brodard. — 178-95.

interroge n'est pas, comme dans les recherches physiques, un objet inerte ; c'est une personne pensante qui examine ses propres phénomènes psychologiques et qui en fait elle-même la théorie. Elle interprète sa maladie à sa façon, et ne nous décrit pas le fait brut, mais la manière dont elle le comprend. Beaucoup d'aliénés, les mélancoliques surtout, n'ont peut-être dans leur délire que des interprétations de quelques phénomènes psychologiques simples, dont ils ne nous parlent pas et que nous avons de la peine à retrouver. Eh bien, quand Marcelle explique ses habitudes d'hésitation en disant que cela doit la dégoûter, je pense qu'elle se trompe sur elle-même et qu'elle s'analyse mal.

En effet, je la surprends plusieurs fois dans ses plus forts moments d'hésitation, et je lui demande si elle éprouve un réel sentiment de dégoût. Elle avoue qu'elle ne l'éprouve pas, et, quand on insiste à ce moment même, elle convient qu'en réalité elle ne sait pas du tout d'où vient son hésitation. Ensuite le délire du contact est ordinairement limité (du moins quand il est primitif) à quelques objets qui ont frappé l'imagination du malade : les boutons de porte ou les objets en cuivre, les épingles, un meuble, etc. Or, Marcelle elle-même se plaint à moi qu'on l'accuse à tort d'avoir peur des boutons de porte. Son hésitation n'existe pas plus pour les portes, elle est générale et s'applique à tous les objets indistinctement.

Une petite expérience peut encore trancher la question. Les auteurs qui ont parlé du délire du contact ne me semblent pas distinguer assez dans leurs observations deux sortes de contacts, le contact actif et le contact passif. Il faut, il me semble, dans le délire de ce nom, constater l'altération de ces deux sortes de touchers, il faut que le malade non seulement ne puisse toucher lui-même l'objet, mais encore en redoute le contact si on l'approche de lui. Or, Marcelle ne m'a jamais paru présenter la moindre crainte du contact passif. Elle n'arrive pas à me toucher la main et elle hésite indéfiniment, mais elle ne bouge pas et ne se montre pas fâchée si je lui prends moi-même la main. Elle ne peut toucher elle-même un papier, mais elle ne recule pas et ne se plaint pas si je lui mets le papier sur les mains. Souvent même, comme on vient de le voir, elle demande qu'on lui donne les objets. Le contact ne lui est donc pas odieux, et il n'y a pas de dégoût réel ; ce qui est troublé, c'est le contact actif, le fait d'accomplir un mouvement pour atteindre l'objet. Mais, dans ce phé-

nomène, l'élément principal est le mouvement lui-même et non le contact, qui ici n'est pas en jeu.

Ce qui rend l'observation encore plus nette, c'est que l'on peut constater la même difficulté dans les mouvements seuls, isolés de tout contact. Marcelle hésite pour se lever, pour marcher, pour parler comme pour prendre un objet. On provoque les mêmes efforts, les mêmes hésitations en lui demandant simplement de lever le bras en l'air. Nous sommes donc bien en présence d'un trouble psychologique qui porte sur la faculté motrice, sur les phénomènes présidant aux mouvements.

Il est vrai que dès maintenant elle commence à interpréter sa maladie en disant que les objets la dégoûtent. Il n'est pas impossible, si l'hésitation continue, qu'elle ne finisse par s'en convaincre et qu'un délire vrai du contact passif ne vienne un jour se surajouter au trouble actuel. Une distinction est en effet nécessaire dans les délires du contact ; les uns sont primitifs et ordinairement limités à un petit nombre d'objets. Ils se rattachent alors aux idées fixes accompagnées ou non d'angoisse et doivent être étudiés avec elles. Justine, par exemple, une autre malade que j'étudierai plus loin, ne peut toucher un fruit. C'est parce que ce fruit, par association d'idées, la fait penser au choléra et que la pensée ou même le nom de cette maladie, dont elle a une crainte continuelle et involontaire, lui cause des terreurs, des angoisses et même des crises de nerfs. D'autres délires du contact me semblent être secondaires ; ils s'appliquent à tous les objets indistinctement et dépendent d'un trouble primitif du mouvement ; d'une sorte de paralysie qui les a précédés et qui en est la véritable explication. En un mot, il y a un délire du contact qui est une simple idée fixe et il y a un délire du contact qui est l'expression d'un trouble général de l'activité ; on verra plus loin la même distinction importante à propos du délire du doute. Le trouble du contact que présente Marcelle rentre dans cette dernière catégorie, et nous amène à étudier chez elle l'altération des phénomènes moteurs.

S'agit-il d'une sorte de paralysie psychique, telle qu'elle se rencontre par exemple dans les monoplégies hystériques ? Peut-on dire que cette jeune fille a perdu les images motrices, peut-on se borner à expliquer son état en disant que les circonvolutions motrices sont épuisées, engourdies ? Il en serait peut-être ainsi,

si d'une manière générale tous les mouvements étaient supprimés, mais ce qui est embarrassant c'est que, comme il est facile de le voir, il y a, malgré son impuissance motrice apparente, des catégories de mouvements fort bien conservés. Pour préciser cette altération des actes il faut donc d'abord procéder par élimination et exclure les mouvements qui sont conservés. 1° Les mouvements physiologiques : respiration, circulation, etc., n'ont jamais été changés, au moins d'une manière grave et apparente. 2° Les réflexes sont tout à fait normaux au genou, aux yeux, à la bouche ; elle tousse, cligne des yeux, etc. 3° Les mouvements qui, par l'exercice, sont devenus instinctifs sont également intacts ; elle remue sur sa chaise, change de position, chasse une mouche du visage, se gratte, se mouche sans l'ombre d'une hésitation. 4° Les mouvements habituels se font de même ; elle fait quelques travaux à l'aiguille et exécute au crochet d'interminables bandes d'une dentelle qui est, il est bon de le remarquer, toujours la même.

5° A ces diverses catégories de mouvements conservés, il faut en ajouter d'autres plus étranges. Ce sont des mouvements compliqués, qui non seulement se font à son insu comme les mouvements habituels, mais qui, en outre, se font contre sa volonté. De temps en temps, elle casse des objets ou déchire des vêtements. Ses parents lui font cadeau un jour d'un fichu de dentelle, qui lui plaît beaucoup ; elle ne peut s'empêcher de le déchirer ; elle pleurait de rage en voyant disparaître sa belle dentelle et cependant elle n'a pu s'arrêter que les derniers morceaux n'aient été effilés. Quand elle tient un crayon sur du papier, elle commence à faire des traits, des gribouillages informes ; elle trouve cela ridicule, mais elle ne peut s'arrêter avant d'avoir couvert de ces traits tout le papier. Elle a aussi la manie de se manger les ongles et en est arrivée à se faire saigner les doigts et à les déformer complètement ; elle trouve cela absurde, laid, douloureux et me promet de ne plus le faire ; mais elle recommence immédiatement. Si je lui fais beaucoup de reproches, elle se met à pleurer et continue à ronger ses ongles en murmurant : « Je ne peux pas. » D'autres mouvements impulsifs sont malheureusement beaucoup plus graves. Elle n'a jamais eu de violences contre d'autres personnes, mais elle cherche à se tuer, court dans un escalier pour se précipiter, ou cherche à se jeter dans une chaudière (nous reviendrons sur ces accès) ; il suffit de remarquer

maintenant que dans tous les actes de ce genre, il n'y a aucune hésitation. Elle qui s'arrête devant une porte pendant une demi-heure sans pouvoir l'ouvrir, l'ouvre rapidement, comme avec fureur, quand il s'agit d'un de ces actes impulsifs.

6° L'expérimentation va nous montrer une dernière catégorie d'actes non seulement conservés, mais également exagérés. Si je demande à Marcelle, doucement et avec politesse, de faire un acte, elle répond : « Je veux bien », et essaye ; mais l'acte ne se fait pas. Si au contraire je me mets en face d'elle et lui commande brutalement de faire cet acte, elle s'étonne et refuse, en disant qu'elle ne veut pas m'obéir ainsi, mais cependant l'acte s'accomplit complètement et sans hésitation. En un mot elle est extrêmement suggestible. Cette suggestibilité pour les actes se manifeste de toutes les manières. On peut lui suggérer directement un acte qu'elle accomplira avec conscience, on peut le lui suggérer tout bas pendant qu'elle parle à une autre personne, et l'acte s'accomplira inconsciemment. Pendant qu'elle cause et ne s'occupe pas de moi, je lui lève le bras ; il reste immobile en l'air sans qu'elle s'en aperçoive, quoiqu'elle ne soit pas anesthésique (c'est une de ces anesthésies et de ces suggestions par distraction sur lesquelles j'ai déjà souvent insisté) ; quand elle se retourne, elle voit son bras en l'air et le baisse en disant : « Je ne m'en étais pas aperçue. » Je lui dis de même de cesser son ouvrage, de le reprendre, de se lever, de marcher, de prendre un coupe-papier sur la table. Elle accomplit tous ces mouvements sans le savoir, mais remarquons-le, surtout sans hésiter. On peut même, par ce moyen, lui faire prendre un crayon et du papier, écrire sous la dictée, ou même répondre à des questions simples, c'est le phénomène maintenant bien connu de l'écriture subconsciente. Il n'a jamais été, chez Marcelle, bien remarquable, et les messages de ce genre ne dépassaient pas deux lignes. Mais ce fait m'a été cependant utile pour connaître les idées qu'elle avait au fond de l'esprit. En tous cas, il est ici remarquable, car depuis deux ans, à cause de ses hésitations et de ses tremblements, elle est incapable d'écrire consciemment et elle écrit ainsi assez bien. On prévoit qu'il est très facile d'hypnotiser cette personne : tous les procédés réussissent facilement. Il est inutile de rappeler qu'elle est suggestible pendant l'hypnose, nous venons de voir combien elle l'était déjà pendant la veille. Mais la suggestion à effet posthypnotique, ce commandement donné pendant le sommeil pour être

exécuté après le réveil, va nous fournir un moyen de mettre en évidence, en les opposant l'un à l'autre, les mouvements perdus et les mouvements conservés. Pendant qu'elle est endormie je lui fais la suggestion suivante : « Quand je frapperai sur la table, vous prendrez ce chapeau et vous irez l'accrocher à une patère. » Cela dit, je la réveille bien complètement ; quelque temps après, je l'interpelle comme pour lui demander un petit service. « Mademoiselle, vous devriez bien enlever ce chapeau qui me gêne pour écrire et le mettre sur une patère. — Je ne demande pas mieux », dit-elle. Et la voici qui essaye de se lever, se secoue, étend les bras, a des mouvements incoordonnés, se rassied, recommence, etc. Je la laisse travailler ainsi vingt minutes, sans qu'elle puisse accomplir cet acte si simple. Puis je frappe un coup sur la table. Aussitôt, elle se lève brusquement, prend le chapeau, l'accroche, et revient s'asseoir. L'acte est fait par suggestion en un instant, il n'avait pu être fait par volonté en vingt minutes.

Tous ces actes conservés, en effet, du premier au dernier, sont, avec des degrés de complication croissante, des actes qu'on appelle *automatiques,* et les actes qui sont perdus, comme il est facile de le voir maintenant, sont les *actes volontaires*. La volonté, en effet, semble supprimée ou du moins extrêmement amoindrie dans toutes ses manifestations. Nous ne parlons ici que des actes et des mouvements. La volonté a disparu comme faculté de décider un acte d'avance, de se résoudre à un mouvement. Marcelle depuis fort longtemps ne se décide jamais à rien, même pour les plus petites choses. Elle ne sait si elle doit sortir dans la cour ou rester sur sa chaise, et, en présence de cette question grave, elle reste immobile toute la journée en murmurant : « Que faire ? mon Dieu, que faire ? » On rencontre souvent des personnes qui répètent une phrase de ce genre : « Que faire ? » ou « Comment donc faire ? » Ces expressions ne sont pas insignifiantes ; elles dénotent un état psychologique particulier, dont nous voyons chez Marcelle la dernière exagération. La volonté est également perdue comme faculté de produire un mouvement déterminé. Le pouvoir moteur des images kinesthétiques ou même des images visuelles n'est pas disparu chez cette malade. Quand je me mets en face d'elle en balançant mon bras, il suffit qu'elle voie le mouvement pour le répéter. Mais elle ne sait plus disposer, synthétiser ces images de manière à produire un mouvement déterminé et utile. La volonté enfin est perdue comme pouvoir d'arrêt des

mouvements, car les actes automatiques, soit naturels, soit suggérés, sont non seulement conservés, mais énormément exagérés. Toute image d'un acte de ce genre devient impulsive et n'est pas arrêtée par la volonté impuissante. Le symptôme essentiel de cette maladie mérite bien le nom de perte de la volonté, ou d'*aboulie*.

On croit d'ordinaire entendre facilement le sens des mots : *automatique* et *volontaire* et la nature de leur opposition ; mais il faut cependant profiter de toutes les occasions pour préciser des idées de ce genre. Analysons encore les actes de cette personne, car sa maladie réalise une expérience remarquable de psychologie. Au lieu de considérer chez elle, comme nous l'avons fait jusqu'à présent, les actes complètement conservés et ceux qui sont entièrement perdus, examinons les degrés intermédiaires.

L'hésitation et l'impuissance de cette malade sont en effet très variables et changent suivant les degrés de la maladie à différentes époques. Mais, si on l'étudie un même jour, l'hésitation se modifie aussi suivant la nature des actes à accomplir, qui ne semblent pas tous aussi difficiles l'un que l'autre. J'essayais un jour d'exercer Marcelle aux mouvements volontaires : pour y arriver, j'avais étalé sur une table différents petits objets et je la priais de les prendre un à un et de me les remettre. Elle consentait volontiers à cette sorte de jeu et s'appliquait à bien faire. Or, malgré sa bonne volonté, elle réussissait assez bien à prendre certains objets et très mal à en prendre d'autres. Ainsi il y avait sur la table un crochet qui était à elle et que j'avais pris dans son ouvrage et un petit porte-mine qui était à moi et que j'avais tiré de ma poche. Elle prenait toujours assez bien son crochet avec une ou deux minutes d'hésitation seulement, mais elle mettait dix minutes ou un quart d'heure pour prendre mon crayon. Je fis différentes théories pour comprendre cette différence que je voulais d'abord rapprocher de l'électivité des somnambules. La véritable explication du fait ne me fut donnée que peu à peu en répétant l'expérience.

En effet, ce jeu fut recommencé plusieurs fois et je m'aperçus que peu à peu elle prenait fort bien mon porte-mine, presque aussi bien que son crochet. Mais il suffisait de remplacer le porte-mine par un autre objet, un coupe-papier ou simplement un autre crayon pour provoquer de nouveau toutes les grandes hésitations

de l'aboulie. En un mot, elle prenait bien un objet connu et habituel et mal un objet nouveau qui n'avait pas encore été pris. La difficulté du mouvement était en raison de sa nouveauté. Cette remarque une fois faite, il me fut facile de la vérifier dans toute la conduite de Marcelle. Elle est totalement incapable de causer avec un inconnu ; il lui a fallu deux mois pour s'habituer à me parler ; depuis elle me parle facilement. Je l'emmenais un jour dans un autre cabinet d'observation où elle n'avait pas encore été avec moi. Elle eut sur le seuil une crise d'aboulie interminable, tandis qu'elle entrait toujours facilement avec moi dans la pièce accoutumée. Ce caractère est encore visible dans la façon dont elle marche. A-t-elle adopté une direction, elle va précipitamment; mais qu'un obstacle surgisse ou mieux qu'on l'appelle et qu'elle soit forcée de changer de direction, elle va rester immobile sans pouvoir se décider à partir. C'est toujours le début de l'acte qui est pénible. Mais il est nécessaire de bien entendre ce que j'appelle ici le commencement d'un acte; ce n'est pas le fait matériel de mettre les muscles en mouvement, quand ils sont en repos. Ce fait existe aussi bien, quand il s'agit de mon porte-mine et quand il s'agit d'un coupe-papier. J'entends la formation de cet ensemble complexe d'idées et d'images par lequel il est nécessaire de se représenter l'acte pour prendre un objet déterminé. Cette synthèse n'est pas exactement la même pour un objet que pour un autre, et c'est la formation de cette synthèse qui est difficile chez Marcelle, tandis que la répétition de cette même synthèse quand elle a été déjà faite est facile. Pour reprendre les termes précédents, les actes automatiques sont les actes pour lesquels il suffit de répéter un ancien groupement d'images déjà liées ensemble, en un mot les actes déjà voulus autrefois; et la volonté, nous le comprenons ici par sa suppression, est la formation de ces synthèses nouvelles. Un acte n'est volontaire que par sa nouveauté.

Cette conclusion, même en évitant les discussions générales et en restant dans l'observation de notre sujet, soulève plusieurs difficultés.

Si l'on propose à Marcelle d'aller chercher un objet qu'elle n'a jamais pris, elle ne reste pas immobile absolument, elle se lève, étend le bras, etc., parvient à faire, en un mot, une partie des mouvements utiles. C'est que cet acte n'est pas absolument et en-

tièrement nouveau ; il se compose d'une collection d'actes anciens qu'elle peut faire facilement.

Pourquoi donc, dira-t-on encore, dans certains jours de grave maladie, comme Marcelle en a trop souvent, s'arrête-t-elle complètement et perd-elle même les actes les plus habituels ? Elle ne sait plus me parler quoiqu'elle m'ait parlé cent fois ; elle ne sait plus s'habiller, se lever de sa chaise, etc. Je répondrai par une affirmation peut-être paradoxale, à laquelle les psychologues n'ont pas fait une attention suffisante, mais que la clinique des maladies mentales met ici bien en évidence. C'est qu'il n'y a pas d'acte absolument ancien et qui ne renferme une petite partie de nouveauté. Se lever aujourd'hui de sa chaise, ce n'est pas tout à fait la même chose que s'être levé hier : le temps, la température, les circonstances extérieures, l'état du corps et de l'esprit ne sont plus exactement les mêmes. Parler, même à une personne très connue, c'est toujours une action nouvelle par quelque point. La personne à qui l'on parle, son costume, sa physionomie, le sujet du discours, tout cela change. On ne se baigne pas deux fois dans les mêmes eaux, disait le vieux sage : l'univers change incessamment et, quelle que soit l'identité apparente des circonstances dans lesquelles nous sommes placés, il y a toujours un changement, soit en dehors, soit en dedans de nous-mêmes, qui demande une adaptation nouvelle, un effort nouveau. Puisque l'avenir n'est jamais la répétition exacte du passé, un acte conscient n'est jamais un acte complètement automatique. Il faut toujours s'efforcer, inventer, vouloir un peu, même pour répéter l'acte le plus habituel. Et quand la volonté de Marcelle descend à un degré vraiment trop bas, je ne suis pas étonné de lui voir perdre même les actes habituels.

La troisième difficulté que je rencontre pour expliquer les actes de Marcelle m'embarrasse beaucoup plus. Pourquoi donc au moment où elle est incapable de faire un acte nouveau par volonté, le fait-elle si facilement par suggestion ? L'acte de prendre un coupe-papier qu'elle ne connaît pas est pourtant tout aussi difficile, tout aussi nouveau, quand elle le fait à la suite d'une suggestion, au lieu de le faire de son libre consentement. Je suis, je l'avoue, fort embarrassé pour me rendre compte de ce phénomène bizarre. Voici l'explication qui me semble la plus vraisemblable : ces deux actes, malgré l'apparence, ne doivent pas être absolument semblables au point de vue psychologique. La conscience de l'état de

la personnalité à ce moment, la notion de l'objet nouveau, la connaissance des circonstances extérieures variables, tout ces faits qui constituent, comme nous l'avons dit, le côté nouveau de l'action, n'existent que dans l'acte accompli volontairement. L'acte suggéré se passe dans une conscience extrêmement rétrécie et n'exige pas la synthèse de tous ces détails, parce qu'il s'exécute sans que tous ces détails soient conscients. Marcelle vient de prendre le coupe-papier par suggestion et je la félicite de ses mouvements rapides : « Ce n'est pas moi », dit-elle d'un air boudeur, et elle répète toujours cette formule toutes les fois qu'elle a fait un acte de ce genre ; elle n'a pas rattaché cet acte à sa personnalité ; elle le constate sans avoir eu la perception personnelle des images nécessaires pour l'accomplir. Souvent d'ailleurs l'acte est absolument subconscient et Marcelle n'en a rien senti. Il ne faudrait pas en conclure que l'acte soit accompli ici par une autre personnalité inférieure à la première, comme chez des hystériques que j'ai décrites. Je n'ai pas vu chez Marcelle la formation nette d'une seconde personnalité simultanée ; l'écriture automatique qui est restée rudimentaire ne présente pas ces chaînes continues de souvenirs subconscients qui forment le dédoublement de la personnalité. Non, les images de cet acte n'ont été rattachées à aucune personnalité ; elles se sont produites isolément à propos des paroles du commandement. Dans cet acte suggéré il n'y a pas non plus notion de l'objet ni du but de l'acte. Quand Marcelle veut prendre le coupe-papier volontairement, elle sait que c'est un coupe-papier qu'il s'agit de prendre ; que c'est pour me le remettre, et dans le but de s'exercer à des mouvements. Elle a pris le même objet par suggestion, et si je lui demande brusquement ce qu'elle tient dans la main, elle n'en sait rien. Je lui demande pourquoi elle prend cet objet, et elle ne sait que répondre. L'écriture subconsciente d'ailleurs ne répond pas mieux à ces questions. En un mot, si j'ose ainsi dire, l'acte exécuté par suggestion est un acte *abstrait,* dépouillé de toute notion de personnalité, d'objet, de but, qui entrent dans l'acte volontaire et en font la nouveauté perpétuelle.

Nous croyons donc malgré ces difficultés pouvoir conserver nos conclusions précédentes. Marcelle est une *aboulique*, elle a une diminution considérable de la volonté avec conservation et exagération de l'automatisme. C'est-à-dire qu'elle ne sait plus faire des actes nouveaux en rapport avec des circonstances nouvelles, mais

qu'elle se contente de répéter des actes anciens, d'une manière abstraite, sans adaptation aux situations et aux nécessités nouvelles. Telles sont les premières conclusions que nous pouvons tirer de l'étude de ses mouvements, rapides et impulsifs quand ils sont automatiques, hésitants et souvent impossibles quand ils sont volontaires.

### *3. — Les idées fixes.*

Après avoir analysé les mouvements de cette personne, cherchons à pénétrer davantage dans sa pensée et à connaître les idées qu'elle peut avoir. Pour cela, il est nécessaire de ne plus observer du dehors pour ainsi dire, mais de gagner la confiance de la malade et de causer souvent avec elle. On remarque alors tout de suite des dispositions d'esprit bien différentes dont il est important de tenir compte. On ne la trouve pas toujours dans le même état ; tantôt elle parle bien, s'exprime assez gaiement ; tantôt elle est sombre et refuse de dire un mot. Quand j'arrive auprès d'elle pendant un de ces mauvais moments, elle ne semble pas s'apercevoir de ma présence ; elle regarde fixement en bas sans bouger les yeux ; si je la secoue vivement elle ne réagit pas, ou fait entendre un grognement de colère. Le lendemain, je la trouve de bonne humeur et très disposée à causer avec moi : « Dites-moi d'abord ce que vous aviez hier contre moi pour me recevoir aussi mal. — Hier, mais vous n'êtes pas venu ! — Pardon, je suis resté une demi-heure près de vous. — Je ne vous ai pas vu. — A quoi donc pensiez-vous ? — Je n'en sais rien..... » Ces paroles indiquent déjà que nous avons affaire à un état important qui ne laisse pas de souvenirs. Il est nécessaire de le bien comprendre d'abord, car sa connaissance nous permettra de comprendre mieux les pensées ordinaires de cette malade pendant les intervalles qui séparent deux attaques.

Nous avons pu un jour, par hasard, voir une attaque bizarre de ce genre commencer et finir devant nous. Marcelle causait avec assez d'animation ; elle montrait dans sa physionomie une mobilité suffisante ; elle remuait les yeux de côté et d'autre, quoique, suivant sa mauvaise habitude, elle ne voulût par regarder les gens en face. Tout d'un coup, sans préliminaires bien appréciables, elle cessa de parler et demeura absolument immobile, la figure

comme figée. Elle ne sembla plus m'entendre, ne réagit pas quand je la pinçais, garda les yeux grands ouverts sans les mouvoir, enfin elle laissa quelque temps les membres en l'air dans la position où je les mettais, comme dans un état demi-cataleptique. Cette sorte d'attaque ne dura pas plus d'un quart d'heure. Marcelle poussa quelques soupirs, eut des larmes dans les yeux, puis comme faisant un effort sur elle-même, elle se remit à parler avec moi comme si rien ne s'était passé. Quand je l'interrogeai, elle répondit : « Ce n'est rien, ce sont mes idées qui ont passé,... c'est comme un nuage qui passe. » J'ai trouvé cette expression assez pittoresque et dans la description de cette malade j'ai conservé ce mot de *nuage* pour désigner cette crise, et je me suis attaché à découvrir et à comprendre ce qui avait lieu dans son esprit pendant que le nuage passait.

Cette étude du nuage a présenté de grandes difficultés, car pendant la crise elle ne répond pas, et après la crise elle semble avoir tout oublié. Cependant peu à peu j'ai pu recueillir quelques renseignements par diverses méthodes. 1° Dans certains accès très légers et transitoires, je suis arrivé à obtenir d'elle quelques mots et quelques signes ; 2° à la fin de l'accès dans cette période de transition caractérisée souvent par des pleurs, elle a assez de souvenirs pour donner quelques indications qu'elle oublie l'instant suivant ; 3° en l'endormant assez profondément, on parvient à reproduire des états analogues au nuage par plusieurs caractères, mais dans lesquels elle reste en rapport avec moi et peut me répondre ; 4° enfin l'écriture automatique qui, ainsi que nous l'avons dit, existe chez ce sujet, nous a fourni différents renseignements que par aucun procédé nous ne pouvions obtenir oralement.

En groupant ces divers renseignements, nous dirons que le nuage est une sorte de crise d'idées si on peut ainsi dire. C'est une période de durée très variable qui peut ne pas dépasser un quart d'heure ou bien se prolonger pendant des jours ou même des semaines ; pendant cette période, la malade semble plongée dans un état de sommeil traversé par des rêves, elle n'est plus du tout en relation avec le monde extérieur, ne sait plus rien de ce qui se passe autour d'elle et s'abandonne entièrement à l'automatisme de certaines idées à peu près toujours les mêmes, qui se déroulent régulièrement dans son esprit. Supposons une crise

d'hystérie dont on aurait supprimé les mouvements convulsifs, en ne conservant que les idées délirantes et nous aurons une idée de cette crise de Marcelle. Certains petits signes justifient d'ailleurs cette comparaison. Il y a, en cherchant bien, quelques petits mouvements convulsifs des paupières et des yeux, une légère constriction de la gorge au début de l'attaque ; il y a des soupirs et des pleurs à la fin. En un mot, les phénomènes convulsifs de la crise d'hystérie sont atténués au point de disparaître presque complètement et les phénomènes moraux du délire subsistent seuls. Mais les convulsions peuvent reparaître comme nous le verrons plus tard, et légitimer notre comparaison du nuage avec les formes frustes de la crise hystérique.

Les idées qui envahissent l'esprit à ce moment ont toujours un même caractère. Elles se présentent sous la forme d'images extrêmement vives ou complexes qui ne sont contredites par rien et qui donnent à la malade l'illusion complète de la réalité. Remarquons-le bien, car c'est un point important pour la théorie de cette maladie : Marcelle n'a jamais aucun doute, aucune hésitation sur les idées, même les plus absurdes, quand elle est plongée dans le nuage. Ces idées ne sont pas alors des pensées plus ou moins vagues sur lesquelles le sujet s'interroge lui-même ; elles s'accompagnent toujours de véritables hallucinations.

Je crois nécessaire d'insister sur ces hallucinations dont l'existence a été contestée chez les malades obsédés et qui me semblent au contraire fréquentes et importantes.

Passons en revue quelques-unes de ces hallucinations en commençant par les moins fréquentes. Marcelle n'a jamais eu, je crois, d'hallucination du goût, de l'odorat, ou du tact. Elle a quelquefois des hallucinations de l'ouïe et me dit entendre des bruits, de la musique. Quelquefois elle sursaute, tourne la tête de côté et paraît écouter ; c'est qu'elle s'entend appeler dans le lointain, mais cela est rare et n'arrive que dans les très grandes attaques.

Beaucoup plus souvent elle a des hallucinations visuelles : elle voit des bêtes noires s'agiter devant elle ; elle croit son lit couvert de souris qui veulent lui ronger le poignet. Elle voit de côté des gens qui la poursuivent, qui veulent la tuer ; ils ont des figures horribles et elle a une grande peur sans pouvoir cependant bouger. Depuis plusieurs mois elle a une crise d'hallucinations visuelles beaucoup plus importante et plus caractéristique. Il y a à peu près six mois, pendant une courte sortie qu'elle fit hors de

l'hôpital, elle assista à une scène très pénible qui fit sur elle la plus vive impression. Nous ne pouvons, par discrétion, décrire cette scène en détail. Depuis cet événement, Marcelle voit dans toutes ses crises de nuage la scène se reproduire exactement ; le même décor, les mêmes personnages, les mêmes attitudes, tout se répète exactement, et cette pauvre malade reste des journées entières absorbée dans cette contemplation pénible. Toutes ces hallucinations, sauf peut-être la dernière qui est grave, ne forment qu'une minime partie des phénomènes remplissant l'esprit pendant le nuage. Elles cèdent ordinairement la place à une autre catégorie d'images beaucoup plus fréquentes et plus importantes.

Comme ce nouveau phénomène occupe une place capitale dans la maladie dont nous nous occupons et que, d'autre part, il est encore peu connu et assez difficile à bien comprendre, nous devons y insister un peu. Marcelle, en un mot, se plaint que pendant le nuage « on lui parle dans la tête,... que sa tête parle constamment. » Que veut-elle dire et de quoi s'agit-il ?

Depuis longtemps, les auteurs qui ont décrit les aliénés ont remarqué qu'un certain nombre de ces malades se plaignent qu'on leur parle, mais que ce phénomène n'est pas du même genre chez tous. Certains d'entre eux, les plus simples, furent facilement compris. Voici, par exemple, une persécutée qui se plaint d'être tourmentée par sa sœur Joséphine : « C'est insupportable, dit-elle, que Joséphine puisse ainsi entrer partout ! quand j'étais à Ville-Évrard, elle s'était mise dans la pièce au-dessus de mon lit, d'où elle m'insultait constamment. Maintenant je viens à la Salpêtrière et Joséphine est encore là, dans la pièce au-dessus de l'infirmerie quand je dors, et dans la pièce au-dessus de l'ouvroir quand je travaille — Êtes-vous bien sûre que Joséphine ait pu entrer ici ? — Certainement, j'entends bien *sa voix*, je la reconnais ; laissez-moi monter dans la chambre d'en haut, et je vous montrerai que Joséphine y est. » Cette description se comprend tout de suite : la malade entend de véritables voix avec un timbre reconnaissable, une localisation extérieure déterminée, etc. : ce sont des hallucinations du sens de l'ouïe. Mais voici d'autres malades plus embarrassantes. « On me parle tout le temps, dit l'une d'elles, on me dit qu'il faut aller demander pardon au pape. — Connaissez-vous la voix qui vous parle ? — Non, je ne la reconnais pas, ce n'est la voix de personne. — Cette voix est-elle loin ou près ? — Elle

n'est ni loin ni près, on dirait que c'est dans ma poitrine. — Est-ce comme une voix ? Mais non, ce n'est pas une voix, *je n'entends rien,* je sens qu'on me parle. » Ce phénomène a embarrassé tous les aliénistes, les uns l'ont appelé hallucination psychique, ce qui ne l'explique guère ; les autres lui donnent le nom de voix épigastrique, ce qui en indique à peu près le siège habituel, mais non la nature. Cè sont les récentes théories sur le langage et les images qui le constituent qui ont permis de débrouiller ce mystère. Plusieurs auteurs ont indiqué vaguement cette explication, que M. Séglas a formulée d'une manière définitive[1].

Le langage est un fait psychologique très complexe. Il est représenté dans notre esprit par des images nombreuses et différentes empruntées à des sens différents. Il comprend, en effet, des images auditives, le son du mot cloche, par exemple, des images visuelles, la vue du mot cloche écrit ou imprimé, et enfin des images du sens tactile et musculaire, résidus de toutes les sensations que nous éprouvons, dans la gorge, la langue, les lèvres quand nous prononçons le mot cloche, et des sensations éprouvées dans les bras, la main, les doigts, quand nous écrivons ce mot. On sait que M. Charcot a tiré de cette remarque sa théorie des divers types du langage, auditif, visuel ou moteur, et qu'il donnait ce dernier nom au langage composé des images tactiles ou musculaires dont nous venons de parler. Appliquant ces doctrines à l'aliénation, M. Séglas en concluait qu'il peut exister autant d'espèces d'hallucinations verbales, qu'il y a d'espèces de langage. Les unes seraient des hallucinations auditives de langage, les autres des hallucinations visuelles d'écriture, et enfin une troisième catégorie serait formée par des hallucinations de ces sensations tactiles et musculaires qui forment le type moteur de M. Charcot. Et ces hallucinations que M. Séglas appelle *verbales psycho-motrices* seraient précisément les hallucinations psychiques ou les voix épigastriques des aliénés.

L'observation des malades vient vérifier cette supposition : souvent on constate des mouvements réels de la bouche ou de la langue et même la prononciation réelle de ces mots que le sujet prétend percevoir mystérieusement. J'en ai rapporté moi-même,

1. J. Séglas. De l'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage, les hallucinations psycho-motrices. *Progrès médical,* 18 août 1888, p. 124 et 137, et *Les troubles du langage chez les aliénés,* 1892, p. 117. Paris, Rueff.

il y a plusieurs années, un exemple assez concluant [1]. D'autres malades se rendent compte eux-mêmes qu'il s'agit d'images relatives à leur langue. « Je n'entends pas, dit Bo., il me semble que je vais prononcer, je mets la main devant ma bouche pour ne pas le crier [2]. » « Avant, je causais de cœur, dit T. parlant du progrès de ses hallucinations, maintenant je sens bien que je cause de bouche... C'est comme si j'avais ma sœur, son mari et ses bébés dans l'estomac; c'est comme s'ils faisaient marcher ma langue en sortant de ma poitrine,... ma langue est toute démanchée ; elle cause tout le temps. »

J'ajouterai une autre preuve intéressante : cette malade T. ne peut pas arriver, quand je le lui demande, à parler elle-même en même temps qu'elle sent ses voix : « Il y a, dit-elle, quelque chose dans les joues qui m'empêche de parler à ce moment. » La malade ne peut arriver à avoir en même temps deux images du sens musculaire de la langue. Cette observation rappelle une des expériences de M. Stricker pour prouver la nature musculaire des images verbales chez quelques personnes.

On voit, par ces exemples, que nous adoptons entièrement la théorie de M. Séglas sur les voix épigastriques, mais, comme il est bien difficile d'être complètement d'accord sur ces questions délicates, nous ferons à cet auteur une petite critique de mots. Il désigne ce phénomène sous le nom d'*hallucinations verbales psycho-motrices:* cette expression a sans doute été utile pour faire comprendre un phénomène psychologique délicat; son analogie avec le terme de langage moteur employé par M. Charcot contribuait à sa clarté. Mais au point de vue purement scientifique et pour bien indiquer la place de ces hallucinations parmi les phénomènes psychologiques, cette expression est-elle parfaitement exacte?

Pourquoi réserver à ce phénomène en particulier le nom de psycho-moteur? Est-ce que tous les phénomènes de l'esprit n'ont pas aujourd'hui ce caractère bien connu d'être psycho-moteurs? Une image, une hallucination auditive, visuelle ou tactile ne s'accompagne-t-elle pas de phénomènes de mouvements, adaptation des organes, expression de la physionomie, mouvements associés, etc.? Certains individus, comme les hystériques anes-

1. *L'automatisme psychologique*, 1889, p. 432. Paris, F. Alcan.

2. Ces observations et les suivantes sont prises sur des malades du service de M. Falret ou de la consultation externe.

thésiques, se servent uniquement des images visuelles pour exécuter leurs mouvements, et pour ces personnes, une hallucination visuelle pourra parfaitement être appelée une hallucination psycho-motrice. Ce mot a donc un sens très vague, tandis que l'auteur veut nous parler ici non pas d'hallucinations indéterminées, mais d'un phénomène beaucoup plus précis.

Quand on décrit une hallucination, il faut avant tout, croyons-nous, indiquer quel est le sens intéressé, à quelle catégorie de sensations elle se rattache, et dans le cas présent, il est important de faire savoir qu'il ne s'agit pas d'une image psycho-motrice quelconque, mais d'une image de ce sens si important qu'on appelle sens musculaire ou mieux sens kinesthésique. Nous diviserons donc les hallucinations, comme les sensations, en hallucinations auditives, visuelles, etc., et kinesthésiques. Remarquons ensuite que dans chacune de ces catégories, les hallucinations peuvent varier suivant les objets qu'elles représentent; la malade peut voir un homme ou un mot écrit et elle aura une hallucination visuelle d'un homme ou une hallucination visuelle graphique. Il en est de même pour les hallucinations du sens kinesthésique; il peut en exister qui ne se rapportent pas au langage. La malade dont nous nous occupons, Marcelle, nous en a justement présenté un curieux exemple. Elle a été un jour à une séance d'électricité dans le service de Charcot, et elle a vu des malades atteintes de chorée. Elle me dit en revenant qu'elle ne veut plus aller dans ce service, parce que cela la rend plus malade et lui donne la danse de Saint-Guy. « Je sens bien, dit-elle, mon bras droit qui remue tout le temps; il ne cesse que quand je le regarde. » Or cela était parfaitement faux, son bras droit ne remuait pas, mais elle se figurait qu'il remuait. On peut rapprocher de ce fait le cas d'une autre malade que j'étudierai plus en détail dans un autre travail et qui avait l'hallucination du tremblement. Ce sont là des hallucinations du sens musculaire ou kinesthésique et qui cependant ne sont pas verbales. Il faut donc, pour caractériser entièrement les anciennes voix épigastriques, ajouter encore le mot verbales et dire que ce phénomène consiste en hallucinations kinesthésiques verbales. Le mot « kinesthésique » ne change rien sans doute à la théorie de M. Séglas ; il est peut-être moins commode, mais il nous paraît plus précis.

La nature générale de ces hallucinations une fois reconnue, il faut se demander quel en est le contenu. Qu'est-ce que ces voix

disent aux malades ? Nous retrouvons ici tous les degrés de l'automatisme que nous avons déjà signalés pour les mouvements et pour les hallucinations ordinaires. Dans le cas le plus simple comme chez Du., la malade sent répéter au dedans d'elle-même tous les mots qu'elle entend prononcer au dehors ; c'est une sorte de degré faible de l'écholalie[1]. Une autre, F., répète en dedans et malgré elle le nom des objets qu'elle voit : « C'est un pavé, c'est un arbre, c'est un tas d'ordures », disent les voix quand elle est dans la rue. C'est une sorte d'écholalie visuelle. Dans d'autres cas, le phénomène se complique, les voix intérieures de Fl. procèdent par calembours, celles de Bo. par associations d'idées. Je parlais un jour à un homme atteint de cette maladie ; je lui conseillais d'éviter la boisson, et de suivre un régime sobre et hygiénique. Il paraissait m'écouter avec distraction : « On me parle encore en dedans, dit-il. — Que vous dit-on ? — Une bêtise. — Laquelle ? — On me répète : cresson de fontaine, cresson de fontaine... » Enfin les voix peuvent devenir plus complexes encore et répéter une phrase que le malade a entendue autrefois et qui l'a vivement ému ou reproduire des idées qui ont autrefois frappé l'imagination. Une brave femme d'esprit assez faible, Ra., entend un jour sa concierge décrire un hôpital de fous qu'elle vient de visiter. « Vous figurez-vous, disait la concierge aux voisines toutes tremblantes, qu'il y a de ces pauvres folles qui se croient reines ! » R. rentre chez elle dans un grand trouble et depuis elle sent presque constamment une voix intérieure lui répéter : « Tu es reine,... ton mari est roi,... il faut bien laver l'escalier, la cour va venir,... etc. » On voit que ces hallucinations kinesthésiques verbales peuvent passer par tous les degrés de complication, comme les rêves ou l'écriture automatique des médiums spirites.

Nous avons insisté sur ce phénomène, car il est pour notre étude très important à connaître : c'est lui qui remplit la majeure partie des crises de nuage de Marcelle. Cette malade prétend en effet que pendant le nuage on lui dit une foule de choses, qu'elle a la tête pleine d'idées. Elle exagère un peu, il nous a semblé que ces discours intérieurs si fréquents étaient peu variés et se répétaient

1. M. Séglas a déjà rapporté deux cas analogues (Deux cas d'onomatomanie, écholalie mentale. *Société médicale des hôpitaux*, 12 avril 1889).

rigoureusement les uns les autres, comme les délires d'une crise d'hystérie.

Nous constatons d'abord dans ces discours des idées de persécution assez importantes chez ce genre de malades. Marcelle se répète à elle-même que sa mère lui veut du mal, que ses frères la détestent, que tout le monde lui veut du mal, ou bien que tout le monde la fuit comme la peste, que tout le monde a peur d'elle, etc. Ces idées très monotones ne varient que par la personne désignée. Ainsi, à son entrée à l'hôpital, elle fut très émue quand elle vit M. Falret, qui n'a pas cependant l'air bien méchant, et dans tous ses nuages, elle se répétait : « M. Falret, encore un qui m'en veut, encore un qui m'en veut. » Ces idées de persécution se développent, mais très lentement ; au bout de quelques mois, elle se disait dans ses crises : « Ma mère n'est pas ma mère, mes frères ne sont pas mes frères, je ne suis pas de leur famille,... ils m'ont enfermée pour me dépouiller. » Malgré cette apparence de logique, ces idées de persécution, qui d'ailleurs ne se présentent avec cette netteté que pendant la crise et sous la forme de parole automatique, n'ont aucunement la cohérence et la systématisation qu'elles ont chez les persécutés vrais. Quand elle parle de ces idées pendant le somnambulisme, elle les affirme avec entêtement, mais ne peut aucunement les justifier. Elle n'invente pas de raison pour expliquer cette haine universelle et elle dit à peu de moments de distance, sans se soucier de la contradiction, « que tout le monde lui en veut dans l'hôpital et que tout le monde est bon pour elle ». Elle ne paraît même pas comprendre elle-même la valeur de ces phrases. « Vous aussi vous m'en voulez, me dit-elle. — Vous croyez que je veux vous faire du mal? — Non, je sais bien que vous ne le voulez pas. — Vous avez peur de moi ? — Mais non, puisque je viens avec vous toute seule et que cela ne me fait rien. — Alors, qu'est-ce que cela veut dire : « vous en vouloir » ? — Je ne sais pas. » Ces idées ne s'accompagnent pendant la crise ni d'orgueil comme chez les persécutés, ni d'humilité comme chez les mélancoliques ; elle constate ce mauvais vouloir universel comme un fait auquel elle ne peut rien, ou plutôt elle ne rattache pas cette idée à l'ensemble de ses autres pensées ; elle subit cette idée comme une chose étrangère, de même que le médium ne s'applique pas à lui-même, les divagations de l'écriture automatique. A côté des idées de persécution, nous remarquons d'autres paroles ayant une importance fort grande. Ce sont des sortes de

commandements ou de défenses simples et rapides qui se répètent avec ténacité dans son esprit. Les plus importants chez elle sont les suivants : « Tu dois mourir,... il faut mourir le plus tôt possible », ou bien : « Ne mange pas, tu n'as pas besoin de manger,... ne parle pas, tu n'as pas de voix, tu es paralysée, etc. », commandements néfastes, comme nous le verrons, qu'elle ne répète avec netteté que pendant les crises de nuage, mais qui ont sur le reste de la vie une très grande influence.

Nous croyons pouvoir faire rentrer des idées de ce genre dans le groupe des idées fixes, quoiqu'elles ne ressemblent pas absolument aux idées fixes conscientes telles qu'elles sont décrites d'ordinaire chez les malades obsédés. Ces idées de Marcelle ont, en effet, des caractères importants qui les en rapprochent, elles sont irrésistibles, se développent sans le consentement de la malade, se reproduisent régulièrement de la même manière sans être modifiées par les circonstances extérieures : ce sont les principaux caractères des phénomènes psychologiques automatiques. Enfin elles ont, comme on va le voir, les rapports les plus étroits avec les obsessions conscientes de la malade en dehors des crises de nuage.

Avant d'abandonner l'étude de ces sortes d'idées fixes se présentant par crise, nous devons faire une remarque générale sur leur origine. Presque toutes ces idées, et probablement toutes, si on connaissait mieux la malade, ont leur origine dans quelque souvenir de la vie passée. Ces idées ne me semblent pas être conçues, inventées au moment où elles se formulent maintenant ; elles ne sont que des répétitions. Ainsi la plus importante des hallucinations visuelles, celle qui a tourmenté Marcelle pendant tout l'hiver, n'était que la reproduction exacte d'une scène qui avait eu lieu l'année dernière. Les idées fixes de mourir, de ne pas manger, sont la reproduction de certaines résolutions désespérées prises il y a quelques années. Autrefois ces idées avaient un sens, se rattachaient plus ou moins bien à quelque motif. Un désespoir d'amour avait été la cause de ses tentatives de suicide ; elle refusait de manger pour se laisser mourir de faim, etc. Aujourd'hui ces idées se reproduisent sans lien entre elles et sans raison. Elle a complètement oublié, je m'en suis convaincu, son ancien désespoir et n'a aucune envie de mourir. L'idée du suicide se présente aujourd'hui sans rapport avec la situation présente et Marcelle se désespère à la pensée de ce suicide qui s'impose à elle comme un reste du passé. Elle ne sait plus pourquoi elle refuse

de manger ; les idées de suicide et le refus d'aliments se sont dissociées, l'une existe sans l'autre. Tantôt elle sent la voix qui lui dit : « Ne mange pas », et ne songe pas à mourir; tantôt elle songe à se tuer et accepte cependant la nourriture. Toujours nous retrouvons dans les idées fixes ce caractère de répétition automatique du passé, sans lien, sans rapport avec les circonstances extérieures présentes, c'est-à-dire sans synthèse actuelle.

Les idées de persécution seraient peut-être plus difficiles à expliquer. Ces idées sont en effet si fréquentes chez tous les individus dont l'esprit est affaibli, que l'on peut se demander si elles n'ont pas quelque raison générale. Faut-il les rattacher à cet égoïsme bien caractéristique des intelligences faibles, à cette hypertrophie du moi dont parlent certains auteurs sans bien l'expliquer ? Faut-il, comme je serais peut-être disposé à le croire, les rattacher à une altération particulière de l'intelligence, à un trouble dans la connaissance des hommes, dans cette perception de l'humanité, au moins aussi importante que la perception du monde extérieur ? Ce serait là des recherches bien importantes aussi bien pour la morale expérimentale que pour la psychologie. Mais il ne faudrait les aborder qu'en étudiant dans le détail de véritables persécutés et non une personne chez qui ces idées sont certainement épisodiques. Elles doivent se rapporter à quelque scène de famille que nous connaissons mal. Une de ces idées qui s'est développée sous nos yeux nous montre combien le hasard des circonstances joue ici un grand rôle. Une jeune fille venait d'être amenée dans la même salle que Marcelle, et comme elle était peu malade, au rebours de la conduite ordinaire des aliénés, elle cherchait à lier connaissance avec ses voisines. Cette personne s'approcha de Marcelle et voulut lui causer, mais elle se heurta à la mauvaise humeur de notre malade et se mit à dire tout haut : « Oh ! mademoiselle, comme vous me faites de vilains yeux, vous me faites peur ! » cela suffit pour modifier les crises de Marcelle. Pendant plusieurs jours ses voix lui répétaient : « Tout le monde a peur de toi, tout le monde fuit, etc. » Les origines de persécution relatives à ses parents ont dû avoir une origine du même genre.

Tels sont donc les principaux phénomènes qui remplissent la crise de nuage ; nous avons insisté sur cet état parce qu'il nous paraît jouer un grand rôle dans la maladie et qu'il se présente rarement avec autant de netteté que chez Marcelle. Chez les autres malades

tourmentés par des idées fixes, des états analogues au nuage de Marcelle sont fréquents, on constate également chez eux les troubles de la perception personnelle pendant ces états et ceux de la mémoire après cette période, mais la séparation de la crise et de l'état normal est moins nette, il y a une confusion des deux états qui rend leur étude plus difficile. Malgré le mot par lequel on les désigne souvent à tort, les idées fixes sont loin d'être complètement *conscientes*, c'est-à-dire complètement connues par le sujet lui-même. Il faut se souvenir de l'existence de ces états de « nuage » dans lequel les idées fixes se développent en dehors de la conscience normale comme dans un état second, un somnambulisme.

La crise de nuage est terminée, Marcelle se réveille lentement en soupirant et en pleurant, et peu à peu elle reprend son aspect normal et retourne à ses occupations. En apparence toutes ces hallucinations, ces idées fixes, ces commandements qui ont rempli l'esprit pendant la crise sont effacés. Marcelle ne peut plus, malgré ses efforts, en retrouver le souvenir pour nous les raconter. Mais nous savons que dans l'esprit humain rien ne se perd et qu'il y a des traces persistantes après les crises, après les rêves, comme après les somnambulismes. En réalité les phénomènes qui se sont passés pendant le nuage ont une influence extrêmement grave, même sur les intervalles de pensée lucide.

Nous remarquerons d'abord certaines attitudes, certains mouvements à peu près complètement subconscients, qui persistent même après le réveil. Quand elle a rêvé à ses idées de persécution, elle reste sombre, regarde les gens de travers, sursaute de frayeur, quoiqu'elle affirme n'avoir peur de rien et n'être pas en colère. Un jour, elle se dirigea vers un escalier, s'arrêta sur la première marche, puis s'éloigna sans comprendre pourquoi elle était venue ; c'était un mouvement subconscient, dû aux idées de suicide qui dominaient précédemment. Une autre fois, elle passa une partie de la journée à regarder son poignet, et elle demandait si on n'y voyait rien. « Je croyais qu'il avait quelque chose de dérangé », disait-elle. Elle avait rêvé pendant la crise à des souris qui lui mangeaient le poignet. On se rappelle à ce propos ce malade de Charcot qui prétendait voir des morsures sur son corps quand dans sa crise il avait rêvé qu'il se battait contre des chiens[1]. Ce

1. Voir l'étude de faits de ce genre dans l'*Automatisme psychologique*, p. 248 et sq.

sont là des exemples de ces mouvements persistant subsconsciemment.

Une seconde catégorie de phénomènes du même genre sera constituée par les idées, les croyances absurdes que nous avons signalées pendant le nuage ; elles existent encore, mais elles ne se présentent pas de la même manière. Cette différence dans la nature des idées fixes paraîtra peut-être un peu subtile, mais nous la croyons importante pour bien comprendre la folie du doute. Nous allons, pour la faire saisir, prendre deux exemples et rapporter fidèlement de quelle manière Marcelle exprime une de ses idées délirantes quand elle est dans la veille et quand elle est dans la crise. On comprendra mieux ainsi, croyons-nous, cette différence que nous voudrions faire sentir.

Marcelle est donc dans un de ses instants les plus lucides et je l'aborde en lui demandant des nouvelles de sa santé. « J'ai bien mal à la tête, me dit-elle, et c'est un mal bien singulier. — Qu'est-ce qu'il a donc de singulier ? Dites-le moi. — Oh ! non, vous vous moqueriez de moi. — Je vous promets que non. — On dirait qu'il y a une bête dans ma tête, qui me ronge la cervelle. — Que dites-vous là ? Vous savez bien que ce n'est pas possible. — Je n'en sais rien, tantôt je crois qu'il y a une bête, tantôt je me raisonne et je n'y crois plus ; je discute cela toute la journée. Voyons, dites-moi sérieusement, puis-je avoir une bête dans la tête ? — Mais non, je vous le certifie, vous avez mal à la tête et voilà tout. — Ah ! tant mieux, j'aime mieux cela. » Elle s'en va enchantée et rassurée ; une demi-heure après, elle va dire à une infirmière : « C'est égal, M. Janet a pu se tromper, je dois avoir une bête dans la tête. » On peut constater dans cette courte conversation les quatre caractères de l'obsession dans la folie du doute, tels que Legrand du Saulle les avait signalés : 1° le sujet doute de son idée délirante, il discute contre elle ; 2° il éprouve le besoin de se faire rassurer, il désire une affirmation étrangère ; 3° il se laisse facilement convaincre et renonce en apparence à son délire ; 4° l'obsession reparaît presque immédiatement sans aucune modification.

Recommençons notre conversation avec Marcelle sur le même sujet, mais à un autre moment : elle est endormie, dans un état somnambulique profond analogue à la crise de nuage et dans lequel elle a le souvenir de cette crise. « Vous m'avez, lui dis-je, raconté une singulière histoire : vous savez bien que vous n'avez

pas de bête dans la tête. — Je n'ai pas raconté d'histoire, puisque c'est vrai. — Voyons, vous plaisantez, vous voulez dire que cela ressemble à une bête. — Non, non, je dis que j'ai une bête dans la tête, qu'elle y est entrée, qu'elle mange mon cerveau, c'est absolument sûr. » Si j'insiste elle se détourne de moi avec colère et ne me répond plus un mot. C'est ici, comme on le voit, la conviction hallucinatoire telle que nous l'avions signalée dans les descriptions précédentes. Tous mes efforts pour la convaincre étant inutiles, je change de procédé. « Eh bien, soit, lui dis-je, je me suis trompé, mais puisque vous avez une bête dans la tête, nous allons être forcés de faire une opération chirurgicale. — Oh! cela, je veux bien. » Je ne décris pas cette opération sur le crâne exécutée par suggestion sur une somnambule ; on la devine : la bête fut retirée et écrasée par terre devant Marcelle. Je ne l'ai pas interrogée au réveil sur cette idée, c'est une chose à éviter après ces sortes de suggestions, car on risque de réveiller l'idée fixe mal effacée. Mais j'ai constaté que depuis cinq mois Marcelle n'a plus jamais parlé de sa bête dans la tête. Nous voyons donc ici tous les caractères inverses des précédents, le sujet ne doute pas de son idée fixe, il n'interroge personne, il ne se laisse pas convaincre par les procédés ordinaires, mais la guérison une fois obtenue se maintient beaucoup plus stable.

Cette comparaison est intéressante, car elle nous montre une manière de comprendre les obsessions de la maladie du doute et cette discussion, cette « rumination psychique » qui les accompagne. Ces obsessions ont, du moins pour le cas présent, leur origine dans un état plus profond : elles étaient dans cet état nettes et affirmatives, elles avaient la forme d'idées fixes et d'hallucinations. Mais maintenant l'état qui leur a donné naissance est disparu, elles ne subsistent qu'à demi effacées, mais tenaces, et elles doivent alors entrer en lutte avec la conscience et le bon sens normal. M. le Dr Chaslin a signalé plusieurs idées fixes de ce genre ayant leur origine dans un rêve[1] ; Legrand du Saulle en citait également du même genre. Mais ce qui est certain pendant le rêve, devient douteux pendant la veille, et l'idée fixe avec conviction se transforme en obsession avec doute. Nous pouvons maintenant comprendre la singulière façon dont Marcelle parle de ses parents pendant ses intervalles lucides. Elle ne sait que penser sur eux ;

1. Ph. Chaslin, *Du rôle du rêve dans l'évolution du délire*, 1897.

elle discute et s'interroge perpétuellement : « Est-ce vrai, se dit-elle, que mes parents m'en veulent ? C'est bien étonnant. Pourquoi m'en veulent-ils ? Qu'est-ce que je leur ai fait ? Pourquoi cette petite a-t-elle peur de moi ? Pourquoi me fuit-on ? Est-ce que j'ai commis des crimes ? Est-ce que je suis dangereuse ? » Quelquefois elle arrive à des réponses, mais qui ne la satisfont pas et provoquent de nouvelles questions. « Si mes frères me persécutent, c'est qu'ils y ont intérêt. Si ma mère m'en veut, c'est que je ne suis pas sa fille. Mais je suis pourtant la fille de mon père. Comment m'a-t-il apportée à la maison ? A quel moment s'est fait le changement d'enfants ? » Ajoutons que cette jeune fille, au début de sa maladie, lisait avec passion tous les romans-feuilletons et l'on comprendra à quelles constructions romanesques, à quelles divagations elle arrive dans cet ordre de questions. Mais quelque extravagantes que soient ces discussions, je répète que, à mon avis, elles ne sont pas pathologiques. Elles sont la réaction naturelle et nécessaire de tout esprit contre l'idée fixe qui s'impose. Le point de départ seul était maladif, et il est dû à la persistance de cette hallucination kinesthésique verbale, constatée pendant les crises.

Après ces bavardages intérieurs, nous noterons une troisième conséquence du nuage, c'est qu'elle exécute malgré elle, pendant les états lucides, les commandements que lui donnent ses hallucinations pendant le nuage. La voix lui a dit : « Tu n'as plus de parole, tu ne peux plus parler », ou bien : « Tu ne peux plus manger », et la voici qui ne peut plus nous parler ou qui refuse obstinément de manger. Elle a beau reconnaître que c'est absurde, me faire toutes les promesses possibles, tout est inutile ; dès qu'elle se met à table, elle serre les dents et ne peut plus ouvrir la bouche. Alors arrive encore la période d'interprétation : « Si elle ne peut pas manger, c'est qu'elle n'en a pas besoin ; elle n'a plus l'estomac comme autrefois ; elle n'a pas faim ; elle a l'estomac en carton ; elle est toute changée, etc. » Tout naturellement ces interprétations, qui sont d'abord exprimées avec doute, hésitation, pour expliquer sa résistance, vont se transformer, à la prochaine crise de nuage, en hallucinations, et ainsi une fois la maladie entrée dans ce cercle vicieux, les crises seront de plus en plus fortes et les intervalles de moins en moins lucides.

Pour mieux comprendre ces deux états et l'influence qu'ils ont l'un sur l'autre, une comparaison paraît s'imposer. Marcelle, à la

suite d'une crise spontanée de nuage, se comporte comme une personne qui aurait reçu, pendant un somnambulisme, une suggestion à effet posthypnotique. La suggestion en effet ne s'accomplit pas toujours fatalement comme par une décharge ; cela n'a lieu ainsi, comme je l'ai montré ailleurs, que chez les sujets anesthésiques ou très distraits. Chez une personne sensible et non distraite, la suggestion tourmente l'esprit, se présente comme une idée fixe ; le sujet l'interprète, la discute, cherche à résister, etc. Pour justifier cette comparaison, j'ai fait l'expérience suivante. Pendant le somnambulisme, je donne à Marcelle une suggestion posthypnotique, mais je choisis un acte assez difficile pour qu'il ne soit pas exécuté brutalement et sans conscience. Je lui ai dit de venir enlever un tablier que j'avais sur moi, ce qui, étant donné sa timidité, est pour elle un acte compliqué et grave. Aussi ne le fait-elle pas au réveil, mais elle cesse de parler, me regarde en dessous d'un air sombre ; en un mot prend tout à fait l'attitude qui la caractérise quand elle est tourmentée par une obsession. Si je l'interroge, elle me répond : « C'est encore une de *mes* idées qui me tourmente. » Elle est parfaitement convaincue de l'identité de ma suggestion avec ses idées fixes et ne sent aucune différence. Cette expérience m'ayant semblé intéressante, je l'ai répétée avec une autre malade, D., qui est tourmentée par des impulsions analogues aux obsessions de Marcelle. Une suggestion, que je lui ai donnée pendant le somnambulisme, a été prise par elle pour une de ses impulsions naturelles, et cette personne n'en a pas senti davantage la différence. (Il est inutile de dire qu'après cette expérience, il faut rendormir les sujets pour leur enlever cette impulsion artificielle qui augmenterait leurs tourments.) Nous voyons donc que ces deux choses, les obsessions et les suggestions posthypnotiques, ont de fortes analogies, les lois maintenant connues des unes peuvent donc nous être utiles pour comprendre les autres.

Cette influence des idées fixes sur toute la conduite de Marcelle étant bien comprise, on peut se demander si elle ne suffirait pas à expliquer toute la maladie de cette personne et ne pourrait pas rendre compte du premier symptôme signalé, de l'aboulie elle-même et de tous les autres troubles psychologiques et physiologiques que nous avons observés. C'est là une question grave : est-ce l'aboulie qui est antérieure aux idées fixes, ou bien sont-ce

les idées fixes qui ont provoqué ce trouble, cette hésitation des mouvements ? Au premier abord, on pourrait être séduit par cette dernière hypothèse. En effet, nous avons constaté à plusieurs reprises, pendant la crise de nuage, des hallucinations verbales disant à Marcelle : « Tu es paralysée, tu ne peux plus bouger. » Elle-même nous a raconté de singuliers rêves qu'elle fait la nuit ; elle se croit malade et atteinte d'une paralysie complète. Pour qui connaît maintenant cette personne, il est facile de prévoir que de semblables rêves vont avoir sur tous les mouvements une influence déplorable. On peut se demander s'ils ne suffisent pas pour expliquer tous les symptômes d'hésitation et d'impuissance. Marcelle serait tout simplement une malade ayant des idées fixes et, entre autres, ayant l'idée fixe qu'elle est paralysée. Resterait à expliquer l'origine de ces idées fixes de paralysie. Or, dans un traité fort remarquable de psychologie, M. Paulhan a émis une hypothèse pour expliquer l'origine de ces idées fixes d'impuissance dans la folie du doute. Ces idées seraient dues, suivant l'auteur, à une exagération de l'*association par contraste*[2]. Au moment d'accomplir un acte, les malades auraient dans l'esprit, automatiquement, l'idée opposée à l'acte qu'ils veulent faire, ou mieux l'idée qui contraste avec leur tendance dominante. Une personne honnête M. Paulhan rapporte l'ancienne observation d'Esquirol) penserait au vol, une personne chaste aurait des idées impudiques, etc. Ces idées opposées entreraient alors en lutte avec la pensée de l'action que l'on veut faire, et de là naîtrait le doute ou l'aboulie. En un mot, si je comprends bien le passage de M. Paulhan sur le délire du doute, les idées fixes seraient primitives et dues à une exagération de l'association par contraste, le doute ou l'aboulie seraient secondaires.

Nous n'avons pas l'intention de discuter toute la théorie du contraste que donne M. Paulhan, elle nous semble d'ailleurs vraie sur bien des points. Mais nous voulons montrer que l'auteur fait un abus de cette théorie, quand il prétend expliquer par elle une maladie psychologique aussi complexe que la folie du doute ou l'aboulie.

1. M. Paulhan, *L'activité mentale et les éléments de l'esprit*, 1889, 341-357. Paris, F. Alcan. .Une explication analogue de la folie du doute avait déjà été proposée en Italie : A. Raggi, Fenomeni di contrasto psichico in un'alienata. *Arch. ital. p. l. mal. nerv.*, 1887.

1° Nous avons d'abord à présenter une première remarque générale : M. Paulhan oppose comme deux catégories absolument distinctes, au point de vue psychologique, les hystériques suggestibles et les malades atteints de la folie du doute. Les premiers seraient caractérisés par une diminution ou une suppression de l'association par contraste, ce qui expliquerait leur suggestibilité ; les seconds présenteraient, au contraire, une exagération de l'association par contraste, qui serait la raison de leur doute. Nous ne croyons pas que l'observation des malades justifie cette opposition, et bien au contraire nous serions disposés à rapprocher le délire du doute et l'hystérie jusqu'à en faire peut-être deux formes d'une même maladie mentale. De toute manière, une chose est certaine, c'est que certains abouliques au moins, comme Marcelle, sont tout aussi suggestibles que des hystériques, et par conséquent, selon la théorie de M. Paulhan, les associations par contraste ne devraient être développées ni chez les uns, ni chez les autres.

2° Peut-on admettre que les idées fixes, les obsessions qui naissent dans l'esprit de ces malades soient réellement en contraste avec l'action qu'ils veulent faire ? Pour l'examiner, prenons ensemble un certain nombre de ces malades, plaçons-les tous dans une seule et même situation, et voyons l'idée fixe qui va naître dans l'esprit de chacun d'eux. Ces personnes sont dans leur chambre et, pour une raison quelconque, elles veulent ouvrir la fenêtre : aussitôt Am. va avoir l'idée fixe de se jeter par la fenêtre, Du. a envie de prendre un meuble et de le jeter sur un passant pour l'écraser, F. est convaincue qu'elle va casser les carreaux si elle approche, Vi. a l'idée fixe de faire signe à un homme de monter, et enfin, Marcelle va tout simplement se dire qu'elle ne peut pas ouvrir la fenêtre, et que ce n'est pas la peine d'essayer. Ce ne sont pas là des exemples inventés à plaisir, mais des faits réels observés sur des malades du service ou de la consultation. Comment ces idées peuvent-elles être toutes le contraste de l'acte d'ouvrir la fenêtre ? en quoi l'action de faire signe à un passant pour qu'il monte est-elle en opposition avec l'acte d'ouvrir la fenêtre ? Elle est en opposition, dira-t-on, avec la tendance principale de Vi., qui est la pudeur. Je me demande alors pourquoi la pudeur de Vi. s'éveille au moment d'ouvrir la fenêtre et pourquoi cette malade serait considérée comme la seule pudique.

Si nous mettons nos malades dans une autre situation, nous

verrons que leurs idées fixes, au lieu de varier avec les circonstances, comme elles devraient le faire, si elles étaient toujours en contraste avec l'action présente, restent toujours les mêmes, chez le même malade. Am. n'a que des idées fixes de suicide, Du. d'homicide, Vi. d'adultère, etc. C'est qu'en réalité l'idée fixe n'est pas amenée par l'action présente, elle a une origine bien plus lointaine et bien plus profonde.

3° Quoique l'idée fixe remonte plus loin que l'action actuelle et ne soit pas éveillée par elle, il ne faut pas non plus la faire remonter jusqu'au début du délire, et dire que la maladie a commencé avec les obsessions. En réalité, les malades ont été pendant longtemps dans le doute ou dans l'aboulie, ils ont été longtemps des impressionnables, des émotifs avant d'être des obsédés. Marcelle a senti son hésitation de la volonté, dès la convalescence de sa fièvre typhoïde, c'est-à-dire à l'âge de quinze ans, et elle n'a commencé à avoir des idées fixes qu'à l'âge de dix-neuf ans. On ne peut donc pas dire que ce soient ces idées qui provoquent les hésitations des mouvements puisqu'elles leur sont postérieures au moins de trois ans. C'est en réalité l'inverse qui est vrai, c'est en se voyant si hésitante et si impuissante que Marcelle en est venue à penser à la paralysie. Tous ces commandements négatifs apparus dans la crise : « Ne parle pas, ne bouge pas, etc. », ne sont que la constatation de l'état d'impuissance où était déjà la malade. Sans doute, ils augmentent l'aboulie, mais ils ne l'ont pas créée[1]. Il en est de même pour d'autres idées de cette malade, quand elle nous dit qu'elle « a l'estomac en carton, qu'on a mis en elle une mauvaise machine, » ces idées augmentent et précisent pour un moment les troubles digestifs et le refus des aliments, mais ne sont elles-mêmes que l'expression exagérée de troubles digestifs antérieurs, d'altérations des sensations viscérales, en rapport avec la fièvre typhoïde, les émotions consécutives et l'aboulie elle-même. C'est là ce cercle vicieux pathologique sur lequel j'ai déjà eu si souvent l'occasion d'insister.

D'ailleurs l'interprétation de ces rapports entre l'aboulie et les

1. Ces remarques que nous faisions en 1891 nous semblent avoir encore aujourd'hui leur importance : bien que souvent, chez les hystériques, les idées fixes déterminent des accidents, il est vrai aussi que dans certains cas, les idées fixes ne sont que le résultat, l'expression, de troubles psychologiques et physiologiques antérieurs. Ni l'une ni l'autre de ces deux observations ne doit être transformée en théorie générale et absolue.

idées fixes constitue un des problèmes les plus importants pour l'étude, la classification et même le traitement des malades atteints d'obsessions. A mon avis, un certain degré d'engourdissement cérébral portant peut-être sur toutes les régions de l'écorce, mais principalement sur les régions supérieures d'association, les frontales probablement et se manifestant surtout par un état plus ou moins prononcé d'aboulie existe primitivement chez tous ; mais il en est, et nous en verrons plus loin des exemples, chez qui les idées fixes survenues rapidement constituent un symptôme plus grave et plus fondamental et contribuent énormément à augmenter cette aboulie elle-même, tandis que chez les autres, les idées fixes restent un symptôme secondaire surajouté à l'aboulie et cette insuffisance des fonctions cérébrales supérieures peut persister complètement même après la disparition des idées fixes.

Pour résumer cette discussion, nous pensons que les idées fixes ne nous donnent pas encore l'explication définitive de l'aboulie de Marcelle. Elles forment un nouveau symptôme, comme un second degré de la maladie, qui s'ajoute au trouble des mouvements. De même que certains mouvements, les mouvements anciens déjà organisés, étaient chez elle automatiques et se produisaient sans que la volonté actuelle impuissante pût les arrêter ; de même les idées anciennes, les souvenirs, autrefois acquis, sont devenus automatiques et se répètent indéfiniment sans que la pensée actuelle puisse les arrêter. Cette reproduction automatique des idées anciennes se fait de deux façons : tantôt elle est complète pendant une sorte de crise, tantôt elle est incomplète et se fait pendant la veille quand persiste encore en partie la pensée normale. Dans le premier cas, ces idées dominent seules, elles s'accompagnent d'hallucinations qui ne laissent place à aucun doute. Dans le second, ces idées entrent en lutte avec les pensées du moment présent et provoquent alors les doutes, les discussions, les interrogations interminables qui caractérisent ce genre de délire. Nous avons donc constaté dans l'intelligence un trouble parallèle à celui que nous avions vu dans les mouvements impulsifs et suggérés ; il faut chercher s'il n'existe pas un autre trouble intellectuel parallèle cette fois à l'aboulie elle-même, et qui nous permette de la mieux comprendre.

## 4. — *Les perceptions.*

Pour bien comprendre une aliénée, il faudrait pouvoir passer en revue toutes ses facultés psychologiques, et déterminer exactement ce qui, dans chaque groupe de phénomènes, s'écarte de la loi normale, de même que l'on examine chaque organe physique pour se rendre compte d'une maladie organique. Malheureusement, les moyens d'investigation sont encore bien peu précis, et les lois normales de la psychologie sont encore générales et vagues; aussi, cette analyse psychologique se réduit-elle forcément à quelques remarques isolées, à quelques données approximatives. Si insuffisante que soit cette recherche, nous ne devons pas la négliger.

Une première hypothèse sur la nature de l'aboulie nous permettra de signaler l'état de la sensibilité. Plusieurs auteurs et entre autres M. Ribot[1] ont voulu rattacher l'aboulie à une diminution de la sensibilité, en entendant par ces mots non une disparition des sensations proprement dites, mais une suppression des émotions ordinaires et des désirs. « Ce qui est atteint dans l'aboulie, écrit ce dernier auteur, c'est la vie affective, la possibilité d'être ému. Les malades ne font pas les actions parce qu'ils ne les désirent pas suffisamment. »

1° N'est-il pas à craindre que ces auteurs ne se laissent guider ici par des considérations trop théoriques? Ils semblent croire que les états affectifs, les émotions soient les seuls phénomènes capables de produire des mouvements, et quand ils constatent une disparition des mouvements, ils supposent de suite une suppression des désirs et des émotions. Il faut nous souvenir que tous les phénomènes psychologiques sont psycho-moteurs, qu'une image visuelle, une pensée quelconque peuvent déterminer des mouvements et observer les faits sans cette préoccupation. 2° Dans cette explication de l'aboulie, les auteurs semblent croire que ce symptôme se manifeste seul. Nous avons vu que, le plus souvent, l'aboulie est accompagnée par des mouvements automatiques nombreux, une très grande suggestibilité, des idées fixes et des impulsions. Si l'absence des désirs explique à la rigueur la dispa-

1. Ribot, *Maladies de la volonté*, 1883, p. 50 Paris, F. Alcan.

rition des actes volontaires, nous comprenons mal comment ce calme des passions va amener des idées fixes et des impulsions. 3° Enfin, les faits que nous avons observés sur plusieurs sujets de ce genre ne nous paraissent pas justifier cette supposition. J'ai appris, à mes dépens, combien Marcelle était susceptible et émotionnable : un mot maladroit, une question indiscrète la mettaient au désespoir : elle a pleuré pendant toute une journée et s'est fâchée contre moi pendant huit jours, parce que je lui avais demandé ce qu'elle buvait à table chez ses parents. Elle a des colères extrêmement rapides qu'elle ne peut pas maîtriser ; elle est craintive et même peureuse au dernier degré. Les affections qu'elle a conservées pour quelques personnes sont aussi vives que sa haine pour ses parents. Enfin, je constate chez elle tous les genres d'émotions et toutes les passions. Il en est de même d'ailleurs pour toutes les autres malades du même genre ; elles ne sont pas trop peu sensibles, elles sont presque toujours beaucoup trop émotionnables. Ce caractère, du reste, ne nous surprend pas : les émotions se rattachant probablement à cet automatisme des idées et des mouvements qui n'est pas ici supprimé, mais exagéré. Il est vrai que l'on observera quelquefois chez ces malades des troubles curieux de l'émotion ; ils sont quelquefois aussi incapables de s'émouvoir que d'agir[1]. Mais, loin de précéder et d'expliquer l'aboulie, cette absence d'émotion, quand elle existe, en est plutôt une conséquence.

Ce sont les facultés intellectuelles de ces malades qui semblent bien plus altérées ; nous l'avons déjà vu en parlant des idées fixes, il faut y revenir encore. On demande ordinairement dans les examens médicaux d'apprécier l'intelligence d'une malade ; cette question, toujours difficile, est bien plus embarrassante encore avec Marcelle. En effet, au premier abord, on croit avoir affaire à une personne intelligente ; elle cause en général facilement, quand elle n'est pas trop intimidée ; montre qu'elle a reçu quelque instruction, et sur certains sujets, en particulier quand on lui parle de son père, fait preuve de délicatesse dans ses jugements. Mais essayons de mesurer son intelligence avec un critérium dont on se sert souvent. Cherchons ce qu'elle a appris, ce qu'elle a compris des choses qui se passent autour d'elle. Interrogeons-la

1. Pierre Janet, *Stigmates mentaux des hyst.*, 1892, p. 214. Paris, Rueff et Cie.

en particulier sur son séjour à l'hôpital. Il y a dans un hôpital et surtout dans un asile d'aliénées, mille choses qui doivent frapper une jeune fille. Les malades, les infirmières, le médecin, les visites faites dans les salles, tout cela présente une série de spectacles très variés, et une personne qui n'a jamais rien vu de semblable, doit faire une quantité de remarques. On sait qu'il en est ainsi chez les malades ordinaires, qui, au bout de très peu de jours, connaissent à fond l'organisation de l'hôpital et les personnes du service. Eh bien, Marcelle nous étonne par son ignorance ; elle est dans le service depuis un an et elle n'a rien vu, rien compris ; elle connaît à peine les infirmières qui la soignent et ne s'est pas aperçue de leur hiérarchie ; elle n'a remarqué aucu n malade et n'a pas plus *appris* depuis qu'elle est dans le service, que n'aurait pu faire une idiote. En un mot, elle semble présenter les résultats d'une intelligence passée et non d'une intelligence actuelle. Cette forme d'intelligence bizarre va s'expliquer par les analyses suivantes.

La mémoire, en effet, présente un caractère du même genre : quand elle raconte les incidents de sa vie passée, on remarque que son récit est net, exact, riche en détails, tant qu'il s'agit des années antérieures à quinze ans, époque du début de sa maladie. A partir de ce moment, les souvenirs deviennent peu nombreux et vagues. Mais, si on dépasse l'âge de dix-neuf ans, les souvenirs font à peu près défaut et se bornent à quelques événements saillants. Enfin, si on l'interroge sur les derniers mois, les dernières semaines qui viennent de s'écouler, on constate avec étonnement un oubli absolu. Les souvenirs acquis anciennement sont conservés, mais elle est devenue de plus en plus incapable d'apprendre rien de nouveau, d'acquérir aucun nouveau souvenir. Cet oubli des événements récents est très curieux par sa rapidité et sa profondeur : elle est absolument incapable de nous dire ce qui s'est passé la veille ; souvent, à midi, elle ne sait plus rien de la matinée. Un mot, qu'elle prononçait, résume cette situation : « Est-il possible qu'il y ait déjà un an depuis mon entrée à l'hôpital, singulière année pendant laquelle il ne s'est rien passé ! » C'est, chez une jeune fille de vingt-deux ans, une mémoire de vieillard qui peut réciter l'*Éneide,* et ne se souvient pas de ce qu'il a fait le matin. Marcelle est, depuis quelques années, dans un état psychologique tel, qu'elle est incapable d'acquérir un souvenir nouveau.

Les autres personnes, atteintes de la même maladie, que nous avons observées, ne présentent pas le même trouble de la mémoire que Marcelle. Elles acquièrent et elles conservent des souvenirs, mais elles ont une autre perturbation de la mémoire qui paraît remplacer celle-ci. Elles doutent constamment de leurs souvenirs, ne semblent pas parvenir à les posséder fixement et à chaque instant viennent implorer le témoignage d'autrui pour rassurer leur mémoire vacillante. Ce phénomène est surtout caractéristique chez J. ; elle veut toujours qu'on la rassure, et qu'on lui garantisse des souvenirs qu'elle semble cependant posséder. Nous croyons que ce trouble de la mémoire, ce doute, n'est que le premier degré d'une altération dont Marcelle nous présente la forme achevée. Elle a dû éprouver autrefois, vers l'âge de dix-neuf ans, bien qu'elle ne se les rappelle plus maintenant, des doutes analogues à ceux de J. Un malade dont M. Séglas nous a communiqué l'observation, peut servir d'intermédiaire entre ces deux sujets. Il a tantôt des doutes sur le souvenir des événements récents, tantôt des amnésies complètes. Il est utile, pour comprendre la forme atténuée qui est le doute, d'examiner d'abord la forme complète qui est le genre d'amnésie décrit chez Marcelle[1].

Nous constatons les mêmes faits à propos de l'imagination de notre malade. Elle paraît en être totalement dépourvue et ne peut en aucune manière se représenter l'avenir. « Je suis effrayée quelquefois, me dit-elle, quand je cherche à savoir ce que l'on fera de moi plus tard ; je ne puis savoir ce qui arrivera. » Il ne faut pas prendre cette phrase, qu'elle répète souvent, comme l'expression de justes craintes d'avenir. Elle ne se représente aucun danger ; elle n'arrive pas à concevoir qu'elle puisse être dorénavant chez ses parents ou qu'elle puisse vivre à l'hôpital ; l'avenir est pour elle un trou noir, qu'elle ne remplit d'aucune image. Une autre malade au contraire, Am., nous offre aussi le premier degré de cette même altération ; elle se représente l'avenir, mais sans précision, sans fixité, aussi doute-t-elle de toutes ses représentations : « Vous dites que je vais sortir demain, oui, je crois que je vais sortir, mais ce n'est pas sûr, je crois que je vais rester à l'hôpital... Est-ce que je marcherai dans la rue ?... je ne suis pas bien sûre que j'y marcherai ;... je regarderai par la

1. L'analyse de ce genre d'amnésie sera faite d'une manière plus complète dans l'une des études suivantes sur « l'Amnésie continue ».

fenêtre, mais il me semble que je me jetterai par la fenêtre. Eh bien non, j'aime mieux rester à l'hôpital : ici les fenêtres sont grillées et on nous surveille, on ne me laissera pas faire de bêtises ; il me faut cela, car je ne suis pas certaine de ce que je ferai demain. » Ici encore Marcelle est au degré extrême de la maladie.

Nous allons cependant retrouver ces doutes, même chez Marcelle, si nous examinons chez elle des opérations plus élémentaires et qui sont, au moins dans certains moments, un peu moins altérées. On sait le rôle que joue dans la psychologie normale et pathologique, l'idée de la personnalité, l'opération de la perception personnelle. Eh bien, cette malade n'arrive pas à se comprendre elle-même, et doute de sa propre personnalité. « Est-ce que je suis bien Marcelle ? me dit-elle, dans plusieurs conversations dont je recopie les phrases principales, cela m'étonne, car je ne me reconnais pas ;... non, je suis changée ;... ce n'est pas moi ;... on m'a bien mal arrangée, on m'a mis un estomac en carton... La vraie Marcelle est perdue, je ne sais plus où elle est, mais si je la rencontre un jour, je vous la montrerai pour vous faire voir qu'elle est mieux que moi. » Cependant, si on insiste, elle reconnaît qu'elle sait tous les secrets de Marcelle et que le père de Marcelle est bien le sien. Nous voyons d'après ces exemples qu'elle a bien conservé la notion de sa personnalité ancienne, mais que c'est toujours sa personnalité actuelle qu'elle ne comprend pas : « C'est drôle, conclut-elle, est-ce que je suis Marcelle ou ne la suis-je pas ? » C'est ici le doute dans la perception personnelle d'aujourd'hui ; quelques jours plus tard, dans un moment où la maladie est plus grave, nous allons voir la disparition de cette perception. Elle ne sait plus ce qu'elle est et rit bêtement quand on le lui demande ; elle est toute à l'idée fixe dominante et n'a que les images en rapport avec cette idée fixe. Il n'y a chez elle, ni une, ni deux personnalités à ce moment ; il y en a une infinité, autant qu'il y a d'idées fixes ou d'états psychologiques artificiellement provoqués, aucun ne se rattachant aux autres.

Enfin, il est facile d'observer des troubles analogues avec les mêmes degrés et les mêmes variations, dans la perception des objets extérieurs, mais comme ils se présentent alors d'une manière plus accessible à l'étude, nous les avons notés avec plus de détails. En effet, Marcelle vint elle-même attirer notre attention sur des changements qu'elle ressentait et qu'elle appré-

ciait assez bien. « J'entends bien ce qu'on me dit, mais il y a quelque chose qui me gène; *je ne puis plus arriver à croire* ce que l'on me raconte. Tout ce que l'on dit me semble vague; cela ne doit pas être vrai. » Un jour, elle assistait à un petit concert que l'on donne de temps en temps aux aliénées pour les distraire, et elle vint me poser avec anxiété la plus singulière question : « Est-ce vrai tout cela? La musique, ces personnes qui dansent, *cela ne semble pas être vrai,* cela doit être un rève. » Voilà des remarques qui sont bien curieuses, mais peu intelligibles. Que veut-elle dire par là, et qu'est-ce qui se passe dans son esprit? Ces questions ont été déjà bien souvent signalées chez les abouliques et dans la folie du doute. Mais je crois que l'observation de Marcelle est ici intéressante et utile. En effet, elle n'est pas très intelligente, surtout en ce moment, et n'est pas disposée aux subtilités psychologiques. Beaucoup de malades, sentant comme elle, que les objets *n'ont pas l'air d'être vrais,* n'ont pas l'aspect du réel, se livrent à d'interminables discussions métaphysiques dont Legrand du Saulle a rapporté plusieurs exemples. Aussi l'observateur ne sait plus exactement ce qu'il faut attribuer au trouble de la perception et ce qui dépend des idées fixes. M. Paulhan en est venu ici également à croire que les malades ont une idée fixe de négation du monde extérieur et que cette idée surgit par contraste avec les perceptions actuelles. Chez Marcelle, rien de semblable. Elle réserve ses ruminations psychiques pour les histoires romanesques relatives à sa naissance et à ses parents; jamais elle n'a fait de métaphysique sur le monde extérieur. Il est certain qu'elle n'a, ni dans sa crise de nuage, ni en dehors, aucune idée fixe relative à l'existence du monde extérieur. Elle ne pense même pas un moment à nier l'existence des objets, car elle dit elle-même : « Je sais bien que ces personnes existent, mais *elles n'ont pas l'air vraies.* » Le doute, dans la perception, est ici tout seul, sans aucun mélange qui le complique.

Il faut faire, dans les délires du doute, une distinction analogue à celle que nous avons faite plus haut dans les délires du contact. Certains de ces délires sont primitifs, et ils sont alors limités à un objet déterminé sur lequel les malades se posent des questions incessantes. « Qu'est-ce que Dieu? Pourquoi les arbres sont-ils verts, etc. ? » C'est là une interrogation, une discussion consécutive à une idée fixe, comme nous en avons constaté chez Marcelle au réveil de ses crises. Ce n'est pas le doute proprement dit. On

n'est pas un douteur pour se demander si Dieu existe. Les délires du doute de ce genre sont des sortes d'idées fixes. Mais il y a un délire du doute d'une autre espèce qui est trop souvent confondu avec celui-ci : c'est un véritable doute universel portant sur tous les phénomènes psychologiques du sujet ; de même que le délire du contact général nous a paru consécutif à des troubles moteurs, de même cette forme du délire du doute nous semble secondaire et consécutive à de certaines perturbations de la mémoire et de la perception. Bien des questions sans cesse débattues pourraient, croyons-nous, être tranchées aisément si l'on tenait compte de cette distinction. On demande souvent si le délire du doute et le délire du contact sont deux délires différents ou deux délires dépendant l'un de l'autre. Si l'on prend ces deux délires sous leur forme d'idées fixes, ils sont indépendants, car ce sont deux idées fixes différentes que le hasard ne fera pas toujours coïncider. Mais s'agit-il de ces deux délires considérés comme altérations des phénomènes moteurs et des phénomènes de perception, nous les verrons toujours à peu près parallèles. Car l'examen du doute chez notre sujet va nous montrer que l'altération de la perception est tout à fait analogue à l'altération de la volonté déjà étudiée.

A quel phénomène pouvons-nous rattacher toutes ces altérations qui conservent toujours entre elles une certaine analogie et qui se présentent dans la mémoire, l'imagination, la perception personnelle, la perception extérieure ? La première supposition, la plus naturelle, c'est que les sensations sont altérées ; les anesthésies sont fréquentes chez les hystériques auxquelles Marcelle ressemble par bien des points et une disparition ou une diminution de la sensibilité par épuisement des centres sensoriels pourrait peut-être rendre compte au moins d'une partie des altérations observées. Malheureusement le cas que nous étudions ne semble pas se prêter à cette explication simple. Sauf dans certains moments exceptionnels, je n'ai pas pu constater d'anesthésies. La sensibilité tactile s'est montrée par instants altérée dans la dernière période de mon observation, surtout à la suite de suggestions et de traitements particuliers dont je parlerai tout à l'heure, mais pendant plusieurs mois, au début de mes recherches, pendant que je constatais tous les phénomènes précédents elle n'a jamais été diminuée sur aucun point du corps. Les mesures faites

avec l'æsthésiomètre me donnent 2 et 3 millimètres au bout des doigts, 30 à 35 millimètres à la face inférieure des deux poignets ; ce n'est pas une sensibilité très délicate, mais ce sont des chiffres que l'on obtient assez communément sur des personnes normales qui ne sont pas bien habituées à cette expérience et qui ne prêtent pas une très grande attention. Je me suis surtout attaché à l'étude du sens musculaire chez cette malade, parce que le trouble des mouvements me conduisait à supposer une altération de cette sensibilité. On pouvait supposer, comme l'a fait M. Bastian dans son livre intéressant « hysterical paralysis », 1893, qu'il y avait dans des cas de ce genre un épuisement des centres de la sensibilité kinesthésique. Comme Marcelle ne présentait pas de graves anesthésies musculaires bien nettes et qu'elle distinguait toujours les yeux fermés les mouvements passifs communiqués à ces membres, j'ai répété très souvent sur elle une expérience plus précise indiquée par M. Beaunis[1]. Pendant que Marcelle a les yeux fermés, je dirige sa main droite qui tient un crayon et lui fais tracer sur un papier une ligne droite, un angle ou une courbe, puis je prie la malade de reproduire elle-même sans ouvrir les yeux une ligne de même grandeur, une figure de même forme. Ces reproductions sont faites par Marcelle avec une grande précision et ses erreurs sont loin de dépasser celles que pourraient faire une personne normale. La difficulté qu'elle éprouve en faisant cette expérience dépend comme toujours de l'hésitation des mouvements et non de l'absence ou de l'oubli de la sensation kinesthésique.

L'étude de l'ouïe ne m'a révélé aucune modification intéressante, l'examen de la vision montre une certaine diminution dans l'acuité visuelle de l'œil droit, mais cette diminution disparaît par l'usage de verres correcteurs et en somme l'acuité visuelle est normale ; la vision des couleurs se fait sans erreurs et le champ visuel n'est pas rétréci.

Il serait très important de pouvoir faire une étude aussi précise sur la sensibilité des muqueuses et sur les sensations viscérales. Les modifications de la perception personnelle laissent supposer des modifications de la cœnesthésie. C'est ce que M. Ribot a très

1. H. Beaunis, Recherches sur la mémoire des sensations musculaires. *Bulletin de la Société de psychologie physiologique*, 1888, p. 29, et *Les sensations internes*, 1889, p. 133. Paris, F. Alcan.

bien établi, et ce qui est communément admis dans les délires mélancoliques et dans divers troubles de la personnalité. D'ailleurs quand Marcelle nous répète « qu'elle a un estomac en carton et une machine très mal faite à la place du cœur », on peut se demander si ces idées sont uniquement des conséquences du délire et si elles ne sont pas l'interprétation de troubles de la sensibilité. C'est la remarque que j'ai déjà faite à propos des idées de paralysie que j'ai rattachées à l'aboulie. Malheureusement l'examen précis de la sensibilité viscérale est fort difficile et il faut se défier des suppositions que l'on est trop porté à faire pour les besoins de la théorie. Tout ce que je puis constater, c'est que partout où les muqueuses sont accessibles elles semblent être parfaitement sensibles, que Marcelle prétend sentir le passage des aliments et qu'elle semble éprouver normalement les divers besoins vicéraux. Bien souvent elle s'est plainte de ne pouvoir manger à sa faim ni boire à sa soif à cause de ses hésitations et de ses idées fixes. Il est vrai qu'elle a très souvent des maux de tête et qu'elle se plaint beaucoup d'une sensation désignée souvent sous le nom de « clou hystérique » c'est-à-dire d'une grande douleur au vertex, sur la ligne médiane, un peu en arrière de la région frontale, un peu en avant de la ligne bi-auriculaire. On a vu que pour décrire cette douleur elle employait une expression qui chez elle ne restait pas une pure métaphore, mais qui se transformait en idée fixe : elle prétendait avoir une bête dans la tête qui lui rongeait le cerveau. Cette douleur à ce siège spécial et avec cette forme semble avoir des rapports étroits avec cette maladie de l'aboulie et des idées fixes, car je l'ai observé constamment chez les malades du même genre. Plusieurs d'entre elles, comme Justine et Maria dont il sera question plus tard, employaient les mêmes expressions pour la décrire et se plaignaient aussi de la bête dans la tête. Cette douleur est évidemment un trouble de la sensibilité cérébrale. Mais comment prouver que ce trouble d'une sensibilité si mal connue est le point de départ de tous les autres phénomènes cérébraux et comment démontrer qu'il n'est pas tout simplement la conséquence d'une altération réelle du cerveau lui-même et en particulier des lobes frontaux sous-jacents, altération qui déterminera les autres troubles et qui amènera incidemment une douleur cérébrale, comme il arrive dans tout organe qui fonctionne mal. En un mot, si cette malade présente des anesthésies, elles sont bien minimes et elles sont inacces-

sibles à nos mesures cliniques. C'est pourquoi j'hésite à expliquer les troubles qu'elle présente par des altérations de la sensibilité, comme je l'ai fait autrefois dans mon livre sur l'automatisme psychologique quand j'ai rapporté les amnésies et les paralysies à des anesthésies[1].

Je suis donc conduit à chercher ailleurs une explication : cette recherche est d'autant plus nécessaire que le cas de Marcelle est loin d'être isolé. On a bien fréquemment remarqué que ces malades abouliques, douteurs, sont loin de présenter toujours des anesthésies suffisantes pour expliquer leurs affections; ils vous disent qu'ils entendent au travers d'un mur, qu'ils voient au travers d'un nuage et l'on trouve bien souvent leur acuité auditive, leur acuité visuelle absolument normale. Il est nécessaire de faire sur ces malades d'autres études. L'activité mentale a son point de départ dans les sensations mais elle ne s'arrête pas aux sensations. Pour que l'homme pense et agisse, pour qu'il se souvienne, pour qu'il ait la perception de sa propre personnalité et celle du monde extérieur, il ne lui suffit pas d'éprouver et de conserver des sensations isolées, il faut encore qu'il associe, qu'il combine ces sensations qui lui sont données comme des matériaux à mettre en œuvre. Il y a dans l'esprit d'autres fonctions que la sensibilité pure et simple. Il y a dans l'écorce cérébrale des centres d'association comme des centres sensoriels et dans les centres sensoriels eux-mêmes il doit se faire une élaboration des sensations qui ne restent pas isolées. C'est cette puissance de combinaison et de construction qu'il faut chercher à étudier dans la pensée de Marcelle en examinant avec plus de soin les troubles de la perception qu'elle présente.

Ce phénomène peut en effet être facilement étudié chez Marcelle. Comme elle est très malade, elle ne présente jamais les symptômes à demi; elle les pousse bientôt à leur plus grande exagération et les présente d'une manière bien plus nette. Un jour, les parents de Marcelle étant venus la voir, on crut lui faire plai-

1. « Ici encore, disais-je autrefois, disparition de la sensibilité, disparition du souvenir, persistance ou retour de la sensibilité, persistance ou retour du souvenir. L'activité sensorielle forme la base de la pensée, quand on l'éteint, la pensée disparaît ou s'endort. » *Automatisme psychologique*, 1889, p. 102. « Il n'y a jamais d'anesthésie ou d'amnésie sans une suppression ou une modification du mouvement correspondante. » (*Ibid.*, p. 364.)

sir en lui donnant la permission de sortir du service et d'aller se promener dans le parc de la Salpêtrière. Il fallut au bout de peu de temps la ramener à cause d'un accident singulier. Une fois en dehors des bâtiments qu'elle connaissait, elle se mit à regarder de tous côtés d'un air effaré, demandant : « Où suis-je? qu'est-ce que cela? qui est là ? » Elle ne voulait plus avancer et cherchait par terre si le sol était solide ou non ; elle ne reconnaissait plus aucun objet, pas même un arbre ou un banc, et finit par dire qu'elle ne voyait plus clair. Une fois de retour dans la salle accoutumée, elle se remit peu à peu et reconnut les objets. Son doute sur la perception externe était devenu une absence de perception externe. Dans une autre circonstance, Marcelle étant fort malade et en proie à des idées délirantes, nous a montré un trouble analogue, non plus dans la perception des images visuelles, mais dans la perception des sensations auditives. Elle paraissait écouter ce qu'on lui disait, mais au lieu de dire, selon son ordinaire, qu'elle *ne pouvait pas croire*, elle se mettait à rire et répétait : « Qu'est-ce que vous dites? Mais je ne vous comprends pas. » Elle ne pouvait plus comprendre une seule parole.

Ces derniers faits sont d'autant plus intéressants que l'on peut les reproduire expérimentalement. Si on lui présente des objets : un livre, un couteau, et en lui demandant ce que c'est, elle ne peut, dans certains jours, affirmer leur nature avec conviction : « Je crois que c'est un livre, mais je puis me tromper...; voyons, dites vous-même, est-ce un livre? » Chez une autre malade du service, une mélancolique assez bizarre, E., ce symptôme est constant. Quand on lui montre un objet, elle dit : « C'est un lit, je crois ; c'est une main, il me semble. » Elle n'est jamais sûre de ce qu'elle voit. Mais chez Marcelle, le phénomène va plus loin, car on peut également reproduire, non pas le doute, mais l'absence de perception. On réussit très bien et presque toujours à constater ce fait en la priant de lire quelques lignes imprimées. C'est un spectacle curieux pour un psychologue, que la façon dont Marcelle lit un journal. Je lui désigne un alinéa que je la prie de lire. Elle obéit et semble lire tout bas : « C'est fait, dit-elle. — Bien, qu'avez-vous lu? de quoi s'agit-il? — Tiens, je n'en sais rien, laissez-moi relire. » Elle relit tout bas. « Eh bien? » Elle reste étonnée : « Mais, dit-elle, je ne sais pas de quoi il s'agit, cela n'entre pas dans ma tête. — Lisez tout haut. » Elle lit tout haut et très correctement, quoique d'une voix monotone, mais

quand elle a fini, le résultat est le même : elle n'a rien compris. Elle lit du français comme elle lirait une langue étrangère ; elle prononce les mots, elle comprend à la rigueur chacun d'eux isolément, mais n'entend absolument rien au sens du paragraphe. Les sensations ne lui manquent pourtant pas, puisqu'elle lit correctement à haute voix. Est-ce encore une insuffisance de la mémoire ? Pas davantage. Il m'est arrivé une fois, immédiatement après la lecture à haute voix, de lui demander les mots qui étaient contenus dans ces deux lignes. Elle a pu les réciter presque tous, mais sans comprendre la phrase. Cette récitation des mots ne se fait pas dans l'ordre de la lecture, mais semble se faire suivant l'ordre des associations banales. Elle récite ensemble les mots de même consonance ou de même nature. Un jour, elle lisait un petit alinéa sur un incendie qui contenait plusieurs chiffres, la date, le nombre des maisons brûlées, le nombre des victimes. Elle me récita à la suite et sans erreur tous les chiffres contenus dans l'alinéa, mais sans comprendre ce qu'ils signifiaient. On voit que cette altération intellectuelle ne porte ni sur la sensation, ni sur la mémoire, ni sur l'association des idées entendue dans le sens vulgaire.

En cherchant à varier le phénomène, je lui donnai à lire des choses de plus en plus simples, des simples phrases de quelques mots ; elle arrivait alors quelquefois à les comprendre, mais retombait dans les doutes ordinaires : « Est-ce cela ?... c'est cela si vous voulez. » La complexité des sensations à comprendre joue donc ici un rôle. Mais la condition principale est ailleurs. Je lui avais fait lire un alinéa de journal annonçant le mariage d'un personnage très connu et décrivant la cérémonie. Après la lecture faite à haute voix, je m'étais efforcé de lui faire comprendre de quoi il s'agissait. Comme elle comprend mieux la parole, surtout la mienne, elle avait fini par saisir. Le lendemain, je lui fis lire d'abord un autre alinéa ; elle n'y comprit rien, puis, sans la prévenir, je lui remis sous les yeux le paragraphe expliqué et compris la veille. Elle le lut tout haut et s'écria toute fière : « Ah, mais c'est le mariage de M. X., et la cérémonie à l'église... Vous voyez comme je comprends maintenant. » Je pus répéter cette petite expérience pendant plusieurs jours : un article quelconque n'était jamais compris, fût-il de deux lignes, mais quand elle lisait *son article,* elle triomphait, sans se douter elle-même de la véritable raison pour laquelle elle le comprenait si bien.

Cette raison, on l'a bien vu, c'était que l'article avait déjà été compris une fois, et les autres articles n'étaient pas compris parce qu'ils étaient nouveaux. Il faut, pour comprendre ce qu'on lit, faire dans son esprit la synthèse des différentes sensations visuelles, et quand il s'agit d'un livre nouveau, c'est évidemment une synthèse nouvelle. Les expériences nous montrent que si la complexité de la synthèse intervient bien un peu pour troubler l'esprit de Marcelle, c'est surtout la nouveauté de la synthèse qui supprime totalement la perception. Quand cette synthèse a été une fois faite par un procédé quelconque, elle se répète ensuite automatiquement. Les éléments n'ont plus besoin d'être liés, ils le sont déjà ; il ne s'agit plus d'une synthèse, mais d'une association d'idées, et Marcelle la fait fort bien sans hésitation et sans doute. Nous avons déjà insisté plusieurs fois sur la distinction, capitale à notre avis, de ces deux opérations : l'observation présente la justifie encore, en nous montrant que l'un de ces phénomènes peut être conservé, tandis que l'autre disparaît.

Les observations précédentes s'éclairent par cette remarque ; nous comprenons pourquoi Marcelle sait bien où elle est et n'a même pas de doute sur la réalité des objets quand elle est dans l'infirmerie ; pourquoi elle doute quand elle va au concert dans une salle du même service, et pourquoi elle ne comprend absolument plus rien, quand elle va dans le parc. Beaucoup d'observateurs ont signalé dans la folie du doute cette singulière manière de percevoir les choses : « Elle assure, dit l'un d'eux, qu'elle se trouve dans l'état d'une personne qui n'est ni morte ni vivante, qui vivrait dans un sommeil continuel, et à qui les objets apparaissent comme enveloppés d'un nuage ; à qui les personnes semblent se mouvoir comme des ombres, et les paroles venir d'un monde lointain[1] ». M. Ribot, qui cite ces paroles, explique cet état par un trouble dans les émotions ; nous croyons avoir montré, en considérant des degrés plus forts et plus nets, de la même maladie, qu'il s'agit d'une altération de la perception soit personnelle, soit extérieure, et que cette altération est due surtout à une *incapacité de synthétiser les impressions nouvelles, qu'elles viennent du dedans ou du dehors.*

La conclusion précédente nous en rappelle de suite une autre tout à fait semblable à laquelle nous étions parvenu au début de

1. Ribot, *Maladies de la volonté*, 1883, 51. Paris, F. Alcan.

notre étude, quand nous analysions non pas les idées, mais les mouvements de Marcelle. L'étude de l'intelligence nous amène à la même conclusion que l'étude des mouvements; l'une vérifie l'autre. J'ai montré ailleurs que la perturbation des sentiments et des émotions, quand elle est manifeste, est également du même genre. Aussi sommes-nous disposé à croire que c'est bien là le trouble psychologique principal de notre malade, et qu'il doit être possible de rattacher à ce fait capital tous les autres symptômes.

La synthèse doit vérifier l'analyse, et nous devrions maintenant prendre pour point de départ le trouble psychologique le plus profond auquel nous soyons parvenu, et montrer comment il amène à sa suite tous les phénomènes caractéristiques du délire du doute, de l'aboulie, des obsessions, etc. Mais notre intention n'étant pas de faire une étude aussi générale, il nous suffira de montrer comment cette notion principale, cette idée directrice permet de comprendre les symptômes, au premier abord si complexes, présentés par notre malade.

Dans mes anciennes études sur les hystériques publiées par la *Revue philosophique* en 1887-89 et dans mon livre sur l'*Automatisme psychologique*, 1889, j'avais montré que par différents procédés et en particulier en excitant et en dirigeant l'attention on pouvait rendre pour un certain temps aux malades anesthésiques toutes leurs sensibilités et j'avais étudié les conséquences curieuses de ce retour des sensations conscientes pour la mémoire, le mouvement, etc. J'ai cherché si l'on ne pouvait pas faire sur Marcelle quelque chose de semblable, non lui rendre les sensations qu'elle avait conservées, mais augmenter momentanément, d'une façon notable, sa force de pensée, cette activité psychique, quelle qu'elle soit, qui nous permet de synthétiser et de comprendre les phénomènes élémentaires chez ce sujet. J'ai observé que pour arriver à ce résultat il suffisait de l'endormir profondément jusqu'à certain point que je reconnaissais en pratique à des débuts de contracture des membres, puis de la laisser bien tranquille pendant une demi-heure ou mieux une heure, en se gardant de lui adresser la parole. Il suffisait de la réveiller ensuite avec les précautions ordinaires. Je n'étudie pas ici les effets si curieux du sommeil prolongé chez ces malades, que j'ai déjà souvent signalés, je me contente de noter les modifications psychologiques qu'il détermine chez cette aboulique. Au réveil, elle était transfigurée ; la figure ouverte et

intelligente, les yeux mobiles et capables de fixer les personnes, les mouvements rapides, tout m'annonçait la modification cherchée. Marcelle elle-même constatait fort bien cet état et l'appelait *un instant clair*; c'était une sorte de rémission dans la maladie, un moment pendant lequel le cerveau en quelque sorte reposé reprenait ses fonctions ordinaires. Ce phénomène curieux joue dans la maladie un rôle assez important, je l'ai retrouvé dans diverses circonstances à un degré plus ou moins net et surtout avec une durée plus ou moins grande chez tous les abouliques. Il correspond à l'état que j'ai décrit sous le nom de « *somnambulisme complet* » chez les hystériques, état pendant lequel les malades reprennent momentanément toutes leurs sensibilités, leurs mémoires et leurs mouvements. Cet état n'est en réalité comme je l'ai répété sans cesse[1] qu'une réapparition momentanée de l'état de veille normale du sujet, état qui prend l'apparence d'un somnambulisme « à cause des chutes, des retours à l'état d'anesthésie[2] ». Ces instants clairs, chez Marcelle étaient assez courts, et je n'ai jamais pu les prolonger au delà de quelques heures. Mais s'ils n'offraient pas ici de grands avantages pour le traitement de la malade, ils présentaient un grand intérêt pour l'étude, en nous permettant d'examiner, à quelques heures de distance, le même sujet tantôt malade, tantôt momentanément guéri.

Pendant ces instants clairs, la sensation en elle-même n'était pas modifiée, elle restait normale comme auparavant, mais la perception extérieure paraissait complètement transformée. Cette personne, qui ne faisait attention à rien, et comprenait à peine l'endroit où elle se trouvait, changeait brusquement de caractère, examinait tout nettement; bien plus, ce qui est extraordinaire chez elle, donnait des marques d'une grande curiosité : « Tiens, il y a une armoire ici, laissez-moi voir ce qu'il y a dedans... Tiens, vous avez là un cordon de sonnette... » Dans une chambre où elle était venue cent fois sans rien voir, elle faisait une quantité de belles découvertes. Inutile d'ajouter qu'elle reconnaissait sans hésitation ni doute, les objets que je lui présentais, et qu'elle comprenait à peu près ce qu'elle lisait pourvu que ce ne fût pas trop compliqué. En un mot, nous voyons qu'elle arrivait à former dans son esprit

1. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 114, 121, 126, 134, 178, etc.
2. *Accidents mentaux des hystériques*, 1893, p. 226. Paris, Rueff.

les synthèses nouvelles nécessaires pour percevoir les objets encore inconnus. Eh bien, en même temps que la perception extérieure, nous voyons toutes les autres facultés réapparaître, et tous les symptômes morbides s'atténuer ou disparaître.

La perception interne ou personnelle, l'idée qu'elle a de sa propre personnalité redevient normale. Elle se reconnaît elle-même, avoue être Marcelle et non une autre; elle rattache en un mot les sensations actuelles qu'elle a de son corps, la notion de sa situation présente, etc., aux souvenirs qu'elle a gardés de sa jeunesse. La perception personnelle, en un mot, se comporte comme la perception externe.

Cette modification va avoir un résultat plus inattendu : c'est qu'elle va rétablir la mémoire ou la faculté d'acquérir des souvenirs nouveaux. La mémoire des jours précédents n'est pas restaurée chez elle dans les instants clairs; il semble que ces souvenirs, n'ayant pas été acquis, ne puissent pas être retrouvés, même par un esprit plus valide; il y a sur ce point des différences suivant les sujets, on les verra dans l'un des chapitres suivants sur l'*amnésie continue*. Mais les souvenirs acquis pendant ces instants clairs, vont avoir la vertu de se conserver. Un exemple rendra notre remarque plus nette. Pendant un de ces moments, au réveil du somnambulisme, Marcelle remarque sur la table des morceaux de métal, fragments d'un appareil électrique démonté. Elle s'inquiète de ces morceaux de cuivre et n'est satisfaite que lorsque je lui ai expliqué leur usage. Peu de temps après, elle retombe dans cet état morne qui lui est habituel. Huit jours et même quinze jours plus tard, je n'avais qu'à lui demander ce qu'elle avait vu avec moi dans le cabinet, pour qu'elle me décrivît exactement les fragments de l'appareil électrique. Au contraire, tous les événements survenus dans l'intervalle, fussent-ils frappants, comme une visite de ses parents, ou tout à fait récents comme les faits de la matinée, étaient absolument oubliés. C'est donc bien ici l'altération de la perception qui est la cause du défaut de mémoire ultérieure. Et d'ailleurs, nous avons tenu à vérifier le fait par l'observation, mais on aurait pu le prévoir par le raisonnement. La mémoire n'est pas uniquement la conservation et la reproduction des images, elle est surtout la conservation d'un ordre, d'un groupement de ces images, en un mot elle n'est que la conservation d'une synthèse faite autrefois; il est clair que la mémoire n'existera pas quand la synthèse n'a pas été formée ou bien quand elle est faite à demi, et reste instable

et fragile. La mémoire est une fonction corporelle, les souvenirs sont en quelque sorte entrés dans l'organisme, sans aucun doute, mais encore faut-il qu'ils aient été organisés. Fonder des souvenirs, créer des habitudes, construire l'organisme, sont des phénomènes du même genre ; ce sont des prérogatives de l'activité mentale et vitale.

On prévoit maintenant que dans ces instants clairs, les mouvements vont suivre le progrès général et que l'aboulie va disparaître. Si Marcelle a réussi à lire deux lignes qu'elle ne connaissait pas, et si elle les a bien comprises, il est inutile de vérifier l'état de ses mouvements ; je puis garantir d'avance qu'ils sont corrects et qu'elle prend sans hésitation un objet nouveau. En effet, j'ai toujours vu ces deux phénomènes être parallèles ; et peu à peu, en examinant cette malade, j'en suis arrivé à rapprocher ces deux choses en apparence différentes. La perception extérieure et la volition des mouvements ne sont au fond qu'une seule et même chose, une opération mentale unique. Dans les deux cas, des éléments psychologiques sont fournis : des sensations visuelles d'un côté, des images kinesthésiques de l'autre ; dans les deux cas, il est nécessaire de les synthétiser et de les mettre en relation avec l'ensemble des autres idées déjà acquises. L'opération reste du même genre. Sans doute certaines personnes peuvent éprouver plus de peine à opérer sur tels ou tels groupes de sensations ou d'images. J'avais remarqué au début de mes études que Marcelle remuait plus mal quand elle avait les yeux fermés et dirigeait mieux ses mouvements si elle regardait ses membres, et j'avais cru d'abord à une altération du sens musculaire, à une maladie portant simplement sur les images kinesthétiques, analogue au syndrôme de Lasègue. En réalité, il n'y a là qu'une question de degré : Marcelle synthétise en général assez bien les impressions auditives ; il faut qu'elle soit bien malade pour ne pas comprendre ce qu'on lui dit, mais cela arrive quelquefois ; elle synthétise plus mal les sensations visuelles et arrive rarement à comprendre la lecture ; enfin elle synthétise plus mal encore les images kinesthésiques qui, chez elle, président particulièrement aux mouvements, aussi le trouble de ses mouvements volontaires est-il le plus apparent. Cette distinction pourra être importante chez d'autres malades, quand le délire du doute portera particulièrement sur tel ou tel élément ; mais chez Marcelle, elle n'est que secondaire. Dans les mouvements comme dans les perceptions, le trouble est le

même, il porte sur les synthèses nouvelles et non sur la conservation des synthèses anciennes.

Cette conservation des groupements anciens une fois constitués, une fois organisés, nous explique le dernier symptôme de notre malade, les idées fixes et les obsessions. Ces phénomènes comme les précédents varient avec les perceptions et disparaissent complètement dans les instants clairs. La force de ces idées fixes vient précisément de la faiblesse des idées nouvelles acquises à chaque moment ; c'est par nos pensées actuelles que nous résistons à la marée montante de nos souvenirs. Supprimez ce « réducteur antagoniste » et nos souvenirs anciens vont se reproduire, se combiner de mille manières, d'une façon facile, automatique et irrésistible. Les souvenirs, les répétitions de mots, les rêveries sont tout près de notre conscience, il suffit d'un instant de distraction pour qu'ils affleurent, il suffit d'un moment de sommeil pour qu'ils se répandent sur tout l'esprit pendant les rêves et les cauchemars. Eh bien, l'esprit de Marcelle dort presque toujours, il en arrive tout au plus à cette période du demi-réveil pendant laquelle on remue mal et on perçoit vaguement. Il est tout naturel qu'elle ait des rêves et des cauchemars, et que ces phénomènes suivent chez elle les lois régulières de l'automatisme dont la suggestion nous a fourni des exemples. Il lui suffit de se réveiller un moment, de reprendre la claire perception des choses nouvelles et de ses propres changements pour voir s'évanouir tous ces fantômes[1].

Tout se tient donc dans cette maladie, car tout est lésé de la même manière ; cette pensée de M. J. Falret sur la folie raisonnante se trouve justifiée : « Dans cette folie, l'observation clinique montre qu'il y a bien prédominance de l'action des facultés morales ou instinctives, mais non absence complète des troubles de l'intelligence[2] » ; et nous pouvons dire avec le même auteur qu'il n'y a pas de monomanie sans une altération de l'esprit tout entier.

Quant à la nature même de cette altération générale de la pensée,

1. Cette comparaison de l'état de ces malades avec un état de sommeil perpétuel que je répétais à propos de Marcelle en 1891 (*Revue philosophique*, 1891, I, p. 394) et que j'avais déjà proposée souvent ne doit pas être entendue d'une manière littérale. Ces malades qui en général n'ont la nuit qu'un sommeil fort anormal, ne sont pas non plus pendant la journée dans un état de sommeil véritable. Leur cerveau présente un état d'engourdissement pathologique qui ne doit probablement pas être confondu avec ce que nous appelons le sommeil chez l'homme normal.

2. J. Falret, *Études cliniques sur les maladies mentales*, 1890, p. 477.

nous n'avons pas la prétention de la décrire après avoir analysé un seul sujet; nous ne pouvons que remarquer çà et là quelques faits qui, plus tard, se rattacheront peut-être à d'autres. On vient de voir que cet état d'esprit n'est pas sans ressemblance avec un état de somnolence et de sommeil; ce n'est là qu'une comparaison instructive et non une interprétation. Cette faiblesse de la pensée a aussi quelque rapport avec la fatigue, comme l'a remarqué M. Féré, ou du moins elle s'exagère par le plus petit travail de l'esprit. Je me souviens en particulier d'un fait qui me frappa. Marcelle venait de se réveiller du somnambulisme et jouissait pleinement d'un de ses instants clairs. L'état moral était remarquablement bon et devait, d'après les observations précédentes, conserver ces qualités au moins une demi-journée. Malheureusement Marcelle, avec cette curiosité bizarre qui ne survenait qu'à ce moment, se mit à regarder les papiers qui étaient sur la table. Elle vit des feuilles sur lesquelles j'avais dessiné des champs visuels, et elle exprima le désir de savoir ce que signifiaient tous ces petits ronds. Je me laissai entraîner, pour voir comment une personne de ce genre écouterait une explication scientifique, à lui dire le plus simplement possible ce que c'était qu'un champ visuel. A ma grande surprise, elle comprit fort bien et se mit à faire des remarques assez justes sur les dessins qu'elle voyait. Tout cela était trop beau pour elle, elle s'arrêta au milieu d'une phrase, fixa les yeux au sol et entra dans une grande crise de nuage qui dura jusqu'au lendemain. Un peu de fatigue mentale avait détruit en un instant tout le progrès si péniblement obtenu.

On peut aussi rapprocher de cet état mental quelques modifications de la santé physique. L'analyse des urines nous donne quelques indications à recueillir : M. Bourguignon, interne en pharmacie, avec une obligeance dont je le remercie, a bien voulu faire cette analyse pendant six jours consécutifs et a constaté une certaine diminution de tous les éléments :

Moyenne de 6 analyses d'urine, par 24 heures, le poids de la malade est de 70$^{kg}$,500.

| | |
|---|---|
| Volume. . . . . . . . . . . . | 712 |
| Urée. . . . . . . . . . . . . . | 20,97 |
| Phosphates (en $PhO^5$). . . . . . . | 1,927 |
| Rapport entre les phosphates terreux et alcalins. | $\frac{20.4}{100}$ |
| Résidu fixe. . . . . . . . . . . | 61,29 pour 1000. |

On remarque également des troubles de la circulation sanguine : les mains sont fréquemment froides et gonflées, les pieds ont un véritable œdème, ils sont gonflés, rouges et cependant froids. Cela rappelle un peu les caractères de l'œdème bleu des hystériques. Une maladie bizarre des ongles des orteils doit se rattacher également à des troubles de nutrition : ils tombent en poussière et ne sont plus constitués que par une petite plaque blanchâtre qui s'écaille. Les digestions sont fréquemment pénibles, bien que la malade mange fort peu : le sommeil enfin est très diminué. Chose curieuse, le sommeil de Marcelle se comporte de la même manière que ses mouvements et ses pensées. Elle dort très facilement du sommeil suggéré, mais n'arrive pas à s'endormir volontairement[1], de là peut-être l'efficacité du sommeil artificiellement provoqué. En un mot, sans entrer dans ces études, il y a diminution de la vitalité en même temps que diminution de l'activité mentale[2].

La volonté comme puissance de synthèse mentale semble correspondre à ce que, faute de mieux, nous appelons la vie, cette puissance de construction et d'accroissement du corps. Il doit exister dans le cerveau, peut-être dans les centres d'association de Flechsig, peut-être dans la couche des fibres tangentielles de l'écorce, des régions qui sont en accroissement, en construction continuelle pendant toute la vie et un arrêt de cette construction, de cette évolution des prolongements des neurones doit correspondre aux phénomènes que nous avons constatés dans l'aboulie.

De cette description des troubles physiologiques et psychologiques, retenons seulement une chose : on constate dans l'intelligence un trouble analogue à celui qui a été observé dans les mouvements : la mémoire et la perception tant externe qu'interne sont altérées chez une aboulique. Voici qui justifierait l'opinion des psychologues qui prétendent que la volonté joue un rôle dans l'intelligence. Cela prouve plutôt, à notre avis, que la volonté, considérée comme faculté de mettre en mouvement les membres,

1. Voir à ce propos les remarques sur l'Aboulie du sommeil : *Stigmates mentaux des hystériques*, 1892, p. 127.

2. D'autres malades du même genre, que je ne puis étudier ici, m'ont présenté des modifications beaucoup plus graves de la nutrition. J'ai constaté en particulier sur un sujet étudié avec M. Ch. Richet non seulement une réduction énorme des éléments de l'urine, mais un changement considérable des phénomènes chimiques de la respiration.

et l'intelligence, considérée comme l'élaboration des sensations et des images, renferment des éléments communs. Ces éléments communs ne peuvent pas être altérés sans troubler les deux fonctions : la volonté et l'intelligence. Cet élément commun est ici l'élaboration, la synthèse des éléments psychologiques faite à chaque moment de la vie d'une manière nouvelle ; c'est l'adaptation de l'être au milieu, aux circonstances. C'est là ce qui, dans un esprit normal, forme les perceptions des objets nouveaux, permet de comprendre les modifications nouvelles de la personnalité, fonde pour l'avenir des associations d'idées et des souvenirs, et enfin dispose les mouvements d'une manière nouvelle de manière à produire des actions qui n'avaient pas encore été faites exactement de la même manière. Que cette activité qui semble capitale soit altérée, et nous avons les modifications intellectuelles et volontaires que nous venons d'étudier. La maladie mentale a mis en évidence un caractère psychologique, une activité dont nous n'aurions peut-être pas soupçonné l'importance.

## 5. — *Évolution de la maladie.*

Tous les symptômes étant connus, nous pouvons maintenant comprendre mieux la nature et l'évolution de cette maladie mentale.

La fièvre typhoïde a porté un coup fatal à cette intelligence déjà évidemment prédisposée par des antécédents héréditaires et a déterminé une fatigue ou une faiblesse générale du cerveau et par conséquent une réduction de la pensée. Cette faiblesse ne porte ni sur les sens, ni sur la mémoire proprement dite comme faculté de reproduction des images ; c'est une diminution de cette force d'adaptation aux événements qui nous permet de nous maintenir en rapport avec les changements du milieu, avec les impressions incessamment modifiées. Cette faiblesse se manifeste d'abord par de la fatigue, de la tristesse, par l'impossibilité d'apprendre et même de lire, par la crainte des personnes étrangères qui exigent plus d'efforts pour être comprises, par l'amour de la retraite, de l'isolement et de la rêverie solitaire. La faiblesse de synthèse et d'adaptation, augmentant peu à peu, amène une difficulté de plus en plus grande dans tous les phénomènes nouveaux, dans les perceptions qui deviennent douteuses, et surtout

dans les mouvements volontaires qui deviennent hésitants ou impossibles. D'autre part, ces rêveries automatiques et faciles amènent un certain nombre de rêves de prédilection qui s'imposent de plus en plus. Ces rêves prennent pour eux une grande partie de la force et de l'attention encore disponible, et augmentent le doute et l'aboulie.

La malade étant définitivement engagée dans ce cercle vicieux pathologique, et se concentrant de plus en plus dans ses rêves, est-il possible de faire quelque chose pour la réveiller et la faire rentrer dans le monde des réalités? Les traitements physiques n'ont eu qu'une bien faible action ; les médicaments de toute espèce, le bromure, dont on abusait au début, n'amènent aucun changement. Le traitement électrique devrait, je suis disposé à le croire, faire quelque chose. Mais il faut convenir que, dans le cas présent, il a été inutile. Marcelle allait trois fois par semaine à une séance d'électricité statique, et j'ai plusieurs fois examiné son état mental avant et après la séance ; les modifications de sa force de perception pouvaient être considérées comme un signe, un réactif, indiquant exactement les progrès même les plus petits ; eh bien, il n'y a jamais eu aucun progrès après une séance électrique. Au contraire, les douches ont une action visiblement favorable : après une douche, Marcelle avait quelquefois un instant clair comme après un sommeil profond, mais de très courte durée.

Il faudrait évidemment pouvoir recourir au traitement moral, qui est le seul vrai, quand il s'agit de maladies qui sont morales ; malheureusement nous connaissons si peu les faits et les lois psychologiques que nous ne pouvons instituer aucun traitement raisonné ; on est obligé, comme aux débuts de la médecine physique, de procéder par tâtonnements, et il ne faut pas s'étonner si les résultats sont incertains et médiocres.

Persuadé, comme je l'étais, que la maladie de Marcelle était due surtout à une faiblesse de l'attention et de l'activité de synthèse, j'ai d'abord cherché s'il ne serait pas possible de développer cette activité simplement par l'exercice. Je voulais la forcer à travailler ; je lui ai apporté des livres ; je lui ai indiqué des petits exercices d'attention, je voulais la dresser à faire devant moi des mouvements volontaires et je l'obligeais à regarder ses mains, à se représenter visuellement leur mouvement afin de renforcer par les images visuelles, les images kinesthésiques insuffisantes.

Ces procédés ont eu souvent chez d'autres malades de très heureux effets, on pourra les voir dans le chapitre vi de ce livre « histoire d'une idée fixe » mais dans le cas présent, les résultats ne tardèrent pas à me montrer que je m'engageais dans une voie sans issue.

Marcelle n'arrivait à faire aucun de mes exercices ; elle lisait quand je la forçais, mais de la manière que j'ai indiquée, c'est-à-dire sans comprendre un mot. Les exercices de mouvements au moyen des images visuelles avaient un résultat bizarre et plutôt mauvais. En effet, les mouvements se faisaient bien un peu mieux, mais les bras et les mains devenaient totalement anesthésiques ; à la place de la distraction et de l'aboulie propres à la psychasthénie, je développais, sans m'en douter, l'anesthésie hystérique. Marcelle qui pendant une observation de cinq mois n'avait jamais été anesthésique le devenait quand j'essayai trop fortement de modifier la répartition de son attention, ou si l'on veut de sa force nerveuse. Le fait est très intéressant pour la théorie, il nous montre les relations de ces deux maladies, le rapport entre la distraction et l'anesthésie que j'avais déjà souvent étudié, mais il ne me paraissait pas utile pour la malade. Il fallut chercher autre chose.

J'ai pensé que les idées fixes qui obsédaient l'esprit et en détournaient à leur profit toute la force, étaient le principal obstacle au développement de l'attention. Puisque cette malade était facilement hypnotisable, il était naturel d'attaquer les idées fixes au moyen de la suggestion, ainsi que l'ont déjà essayé plusieurs aliénistes. Mais ce procédé peut être commode quand la malade n'a qu'une seule idée fixe et que l'esprit, n'étant pas encore trop affaibli, peut reprendre sa puissance dès qu'il est débarrassé de l'obsession. Chez Marcelle, cette tentative me réservait une foule de difficultés et d'interminables travaux.

Au commencement tout alla fort bien ; je m'occupai des idées dont Marcelle se plaignait à ce moment. C'étaient pour la plupart des hallucinations visuelles que j'ai décrites. Quelques suggestions en eurent facilement raison. Il y avait surtout une hallucination terrifiante, un tableau lugubre que Marcelle avait sans cesse devant les yeux. Je parvins à le transformer si bien, en y mêlant d'autres hallucinations, que le sujet finit par ne plus le reconnaître, et que je pus ensuite le supprimer sans difficulté. Je me

félicitais déjà de cet heureux résultat, quand je m'aperçus d'un phénomène qui le rendait insignifiant. Marcelle, débarrassée de son idée fixe, était sur le moment très heureuse; elle se réveillait du somnambulisme dans un état remarquable. Elle demandait avec étonnement : « Comment faites-vous pour me changer comme cela? » en un mot elle entrait dans ce que nous avons décrit sous le nom d'un instant clair. Ce fait est important pour montrer que l'idée fixe, bien que surajoutée à l'aboulie comme je l'ai montré, contribuait à la développer. Le changement était fait le matin : elle passait l'après-midi dans ce bel état, mais le soir, ordinairement vers quatre heures, survenait brusquement une crise de nuage, à la suite de laquelle Marcelle se relevait aussi sombre que la veille, en proie à une nouvelle idée fixe. Je me souviens d'avoir étudié autrefois, à l'hôpital du Havre, une hystérique qui avait les deux jambes anesthésiques et contracturées en extension. J'arrivais, quoique avec peine, à lui décontracturer les jambes pendant un somnambulisme complet provoqué le matin, en la forçant à faire attention à ses jambes, à en reprendre la sensibilité consciente. Mais le soir survenait une crise d'hystérie, et régulièrement je retrouvais la malade le lendemain matin avec les deux jambes anesthésiques et contracturées. Marcelle se comportait de la même manière avec ses idées fixes et m'imposait le même travail interminable[1].

Je remarquai ensuite avec peine que la nouvelle idée fixe, qui venait ainsi remplacer celle que j'avais enlevée, était toujours bien plus tenace que la précédente. Au lieu de céder après quelques séances de somnambulisme, elle se prolongeait longtemps, ne disparaissait qu'en partie et se reproduisait régulièrement tous les soirs avec une violence à peine diminuée. D'autre part, le sujet, pendant le somnambulisme, résistait de plus en plus, pour défendre son idée fixe ; il semblait maintenant se rendre compte de ce que je voulais faire et se débattait désespérément. Chaque séance de somnambulisme devenait une sorte de bataille, de laquelle je ne sortais pas toujours vainqueur. Si je réussissais, le réveil était bon, et Marcelle avait un instant clair ; si je ne réussissais pas, le réveil était mauvais, et Marcelle était aussi tourmentée et aussi aboulique qu'auparavant.

1. Sur cette reproduction incessante des idées fixes, voir le chapitre IV, « histoire d'une idée fixe ».

Cependant, plusieurs idées avaient déjà disparu en apparence définitivement, les hallucinations lugubres, la bête dans la tête, la haine des parents, la substitution d'enfants, etc., et j'avais lieu d'espérer que cette succession d'idées absurdes ne serait pas éternelle, quand surgit une idée fixe beaucoup plus grave qui nous causa bien des embarras. Depuis qu'elle était à l'hôpital, Marcelle mangeait convenablement et me disait même : « Chez nous, je ne pouvais pas manger du tout, ici, la nourriture n'est pas aussi bonne et je mange tout de même : ce sont probablement les douches qui me donnent de l'appétit. » A peu près vers le milieu du mois de juin, elle se mit à sentir, pendant les nuages, une voix intérieure qui, renonçant à parler des parents, de leur haine, etc., murmurait : « Ne mange pas, tu n'as pas besoin de manger. » Marcelle m'avoua elle-même cela pendant un somnambulisme ; j'en fus inquiet et je cherchai tout de suite à m'opposer à cette idée fixe que je jugeai dangereuse. Au début tout alla bien : la voix disparaissait sur ma simple défense, mais elle reparaissait le lendemain. Nouvelle suggestion de ma part, plus difficilement acceptée par le sujet en somnambulisme. Le soir, Marcelle était très malheureuse quand elle voulait manger ; elle sentait en elle une voix dire : « Ne mange pas », et en même temps entendait une parole qui avait le son de ma voix dire : « Mange, je veux que tu manges. » Elle hésitait, mais finissait par obéir au bon conseil. Les choses s'aggravaient cependant ; les suggestions devenaient de plus en plus difficiles, le sujet acceptait toutes les hallucinations, toutes les transformations, toutes les suggestions possibles pourvu qu'il ne vît pas poindre dans le lointain l'obligation de manger. Alors il s'entêtait, répétait : « Non, non, je ne veux pas », et rien ne devenait plus possible. J'essayai un jour de faire apporter à manger et de la faire manger devant moi ; ce fut une scène, mais elle mangea. Le lendemain, ce procédé réussissait déjà moins ; chose bizarre, elle mangeait inconsciemment quand je lui parlais d'autre chose, et ne voulait pas manger consciemment. Nous avons déjà dit comment il faut comprendre ce phénomène : la personnalité de Marcelle est extrêmement subdivisée ; chaque idée fixe forme une sorte de personne qui n'a aucune pensée, aucun souvenir en dehors de la pensée dominante. Quand on est en présence d'un de ces groupes quel qu'il soit, toutes les autres pensées sont devenues subconscientes. Enfin un jour elle résistait encore plus que de coutume, et je me demandai s'il fallait continuer à

l'irriter par des suggestions, quand j'essayai de provoquer l'écriture automatique par curiosité. La main qui tenait le crayon écrivit à l'insu de Marcelle : « Il faut la forcer et ce sera fini. » Il était curieux de voir cette personne subdivisée, donner ainsi des conseils contre elle-même, et j'essayai de suivre le conseil. Mais voici qu'au milieu de sa résistance, Marcelle se mit à suffoquer, se raidit en contracture et commença tout simplement une attaque d'hystérie. L'attaque fut absolument normale et classique, les suffocations du début, les convulsions, les salutations, puis les poses cataleptiques dans lesquelles elle mettait les bras en croix, ou répétait des mouvements qu'elle avait vu faire à la gymnastique : tous ces phénomènes se succédèrent régulièrement. Cette attaque, qui dura deux heures, est intéressante pour caractériser l'état de notre sujet, et justifier les comparaisons que nous avons souvent faites de ses crises de nuage avec les crises complètes, et de sa maladie avec l'hystérie. On dira peut-être que c'est une malade aboulique et psychasthénique qui a, en plus, de l'hystérie. Ce n'est pas notre avis, les maladies ne sont pas des entités qui entrent dans un sujet et se rangent les unes à côté des autres : tout cela ne forme qu'une seule maladie. C'est la même aliénation, la même perturbation mentale qui peut se présenter sous deux formes différentes, mais voisines. Mais laissons pour le moment ces questions générales pour revenir à notre récit.

Après cette crise, Marcelle se releva, à mon grand étonnement, dans un état parfait. Elle avait l'esprit beaucoup plus clair, la perception plus nette et, comme par ironie, elle me demanda si je voulais qu'elle aille déjeuner. L'aliéniste allemand Schüle a déjà signalé ces disparitions de l'idée fixe après une crise qui semble être une véritable décharge ou qui a modifié l'équilibre et la répartition de la force nerveuse. Pendant plus de douze jours, Marcelle mangea ensuite tranquillement, mais l'idée fixe réapparut ; une attaque que je provoquai encore fut très courte, insignifiante, et n'eut pas un aussi bon effet. Marcelle se mit en tête une autre idée juxtaposée à la première, celle de ne plus parler, et comme je n'obtenais plus de réponse et n'avais plus guère d'action sur elle, il fallut se décider à la nourrir par la sonde œsophagienne. Le passage de la sonde par le nez, qui fut toujours difficile, provoqua à la quatrième séance une grande crise d'hystérie, à la suite de laquelle elle se réveilla ayant cette fois oublié, en apparence définitivement, ses deux idées fixes de ne pas parler

et de ne pas manger : « Ce n'était pas ma faute, me dit-elle au moment du réveil, on m'empêchait de parler et de manger. » Cette amélioration ne dura qu'un instant, car une nouvelle idée fixe réapparut dans la soirée, et cette idée, la plus grave de toutes, n'était rien moins que l'idée du suicide.

Cette idée fixe du suicide provoqua chez Marcelle une sorte d'accès qui dura plus de quinze jours et qui fut terrible. Ne disant plus un mot à personne, ayant sans cesse des mouvements impulsifs pour se tuer de n'importe quelle manière, Marcelle dut être surveillée de très près presque tout le temps. Il était bien difficile de savoir ce qui se passait alors dans sa conscience. Je n'ai pu observer que deux phénomènes présentant quelque intérêt : d'abord ce n'est qu'à ce moment que Marcelle a présenté un trouble de la perception auditive analogue à son altération ordinaire de la perception visuelle. Dans les intervalles un peu plus lucides, elle semblait faire effort pour écouter ce que je lui disais, mais elle se mettait à rire en disant : « Que dites-vous donc ? je ne comprends pas. » Et j'avais beau répéter, elle ne comprenait pas davantage. En un mot, elle ne comprenait pas plus la parole qu'elle ne comprenait autrefois l'écriture. En outre, les anciennes hallucinations kinesthésiques verbales s'étaient nettement transformées en hallucinations auditives. Elle prêtait l'oreille, et désignait un point toujours à l'extérieur et à droite, d'où partaient les voix. Ce détail est intéressant pour l'évolution des hallucinations kinesthésiques verbales qui, devenues auditives chez une hystérique, peuvent arriver à simuler tout à fait les hallucinations des persécutés. Cette observation nous montre aussi que chez cette malade les phénomènes automatiques, les hallucinations sont toujours restés parallèles dans les détails, comme dans l'ensemble aux troubles de la synthèse psychologique ou de la perception. N'y a-t-il que des troubles de la synthèse des images kinesthésiques ou troubles du mouvement, elle n'a que des hallucinations kinesthésiques ; y a-t-il des troubles de la perception auditive et voici les hallucinations auditives qui surviennent.

Il est clair que sur une malade de ce genre, ne comprenant plus rien à ce qu'on lui disait, toute action morale devait être bien insignifiante. Cet accès se termina de lui-même par une violente crise de nerfs. Pendant plus de trois heures, Marcelle eut des convulsions, des cris, des mouvements désordonnés qui semblaient tous avoir pour but plus ou moins net de se blesser ou de se tuer.

Après cette dernière crise, Marcelle resta encore une demi-journée comme étourdie, puis revint à la raison mieux qu'elle n'avait jamais fait jusque-là. Le premier phénomène qui fut frappant quand elle se remit à parler, c'est qu'elle avait complètement oublié tout ce qui venait de se passer pendant les semaines précédentes et qu'elle n'avait aucune notion de son dernier accès. M. le Dr Falret m'a demandé si je croyais cet oubli bien sérieux et si, dans le somnambulisme ou dans d'autres états, elle n'avait pas la mémoire de tout ce qui venait de se passer. La réponse ne peut pas être nette, car Marcelle n'a jamais présenté des phénomènes d'amnésie aussi simples qu'ils sont d'ordinaire chez les hystériques. Si on l'endort maintenant, même profondément, elle semble toujours avoir oublié les quinze jours précédents. Mais je crois qu'elle se trompe, parce que les souvenirs qu'elle a conservés sont incomplets, n'ont aucune date précise, aucune localisation et qu'elle les rattache à des époques plus éloignées, tandis que, en réalité, ils sont bien de cette période. Ainsi elle se souvient qu'un jour, elle ne sait lequel, elle avait un rêve, elle voulait absolument se tuer, en se mettant la tête sous son matelas. « Mais, dit-elle, ce doit être il y a longtemps. » En réalité, elle n'a jamais eu cette idée que pendant son dernier accès et c'était là une de ses impulsions ordinaires. Mais, à côté de ce souvenir bien net, se trouve un oubli absolu et étrange. Elle ne sait pas du tout ce que l'on a fait, quand elle voulait ainsi mettre sa tête sous le matelas. En réalité, elle a été maintenue, soumise à une étroite surveillance et nourrie à la sonde œsophagienne. De ces faits, pourtant caractéristiques, elle ne montre aucun souvenir ni dans le somnambulisme, ni par l'écriture automatique. Je crois que ce souvenir et cet oubli s'expliquent également. Le dernier accès, bien qu'il ait duré quinze jours, est absolument identique à une de ces attaques de nuage telles qu'elle les a toujours eues. Elle conserve, dans le somnambulisme, le souvenir des phénomènes automatiques, des rêves qui ont réellement eu une existence dans sa pensée, mais elle ne conserve aucun souvenir des phénomènes extérieurs, parce qu'ils n'ont pas été perçus. Elle se souvient d'avoir voulu se tuer, car elle y pensait réellement, elle ne se souvient pas d'avoir été maintenue par une infirmière, parce qu'elle ne l'a jamais bien compris. En étudiant plus loin l'*amnésie continue*, nous aurons l'occasion de voir que ces phénomènes de mémoire et d'oubli ne se présentent pas toujours de la même manière.

En repassant alors les phénomènes survenus depuis quelques mois et la suite des idées fixes qui s'étaient succédé dans l'esprit de la malade depuis mes premières tentatives pour les détruire, je crus remarquer une loi assez curieuse : les suggestions avaient eu pour effet de bouleverser l'esprit de la malade qui, au lieu de conserver sa même idée fixe pendant des années comme il faisait autrefois, avait passé en quelques mois par une série d'idées fixes successivement dominantes. La maladie semblait passer de l'état chronique à l'état aigu. En outre, ces idées qui se suivaient ainsi, me semblaient reproduire en ordre inverse toutes les idées fixes que cette personne avait eues depuis le début de sa maladie à dix-neuf ans. La première hallucination visuelle que j'avais enlevée si facilement était un souvenir tout récent, une idée fixe de formation nouvelle ; les suivantes étaient la réapparition d'idées plus anciennes dont l'origine remontait à plus d'un an. Son idée fixe de ne pas manger était de date bien plus reculée ; elle était née vers les débuts de la maladie, et quant à l'idée du suicide, elle reproduisait tout simplement cet ancien désespoir que notre malade avait eu vers dix-neuf ans. Ainsi, en enlevant la couche superficielle du délire, je favorisai l'apparition des vieilles idées fixes anciennes et tenaces qui se trouvaient toujours au fond de la conscience. C'est cette disposition des idées fixes que j'ai étudiée depuis sous le nom d'*idées fixes stratifiées*[1]. Des idées fixes de Marcelle accumulées pendant une maladie qui durait depuis plus de cinq ans, la plus grande partie a donc été effacée par des suggestions hypnotiques ; la dernière partie, les idées fixes les plus anciennes contre lesquelles on se trouvait sans action, disparut à la suite de crises violentes de convulsions. L'esprit de notre malade se trouvait donc délivré de ces idées automatiques qui l'obsédaient et le rendaient incapable de toute activité régulière.

En effet, si ce n'est cet oubli que nous avons signalé et qui n'a rien d'extraordinaire, l'état de Marcelle est en réalité excellent, et il me semble s'améliorer de jour en jour. D'abord il n'y a plus d'idées fixes : de quelque manière qu'on l'interroge, n'importe dans quel état, elle rit de toutes ses idées anciennes ; elle les considère comme de vilains cauchemars dont elle a honte, ou qu'elle trouve ridicules. « Étais-je assez bête, j'avais toujours peur de

1. Voir le chapitre IV. « Histoire d'une idée fixe » et « *Accidents mentaux des hystériques* ». 1893, p. 183.

gens qui devaient me tuer et je voulais me tuer moi-même! » Les anciennes hallucinations ont complètement disparu; l'idée de suicide semblait être la plus profondes des idées fixes, derrière laquelle il ne s'en trouve pas d'autres. Les mouvements ont également fait des progrès énormes, bien que je note encore dans certains actes une indécision des mouvements, quand il s'agit du bras droit. La perception des objets est bien meilleure sans être parfaite: il n'y a plus de trouble dans les perceptions auditives; il n'y a plus de doute sérieux dans la perception visuelle des objets extérieurs. Mais il y a encore une faiblesse, une impuissance caractéristique à comprendre la lecture: « Cela ne peut pas encore m'entrer dans la tête ». Les souvenirs sont aussi plus nets, et surtout ils demeurent plus stables; ils s'augmentent des événements appris chaque jour. Enfin, un acte qu'elle vient de faire, nous paraît de bon augure. Comme elle reprenait son travail accoutumé au crochet, je me suis moqué de son éternelle dentelle, toujours la même, et je lui ai dit d'aller chercher un modèle, et de se mettre à en faire une autre. J'ai été bien surpris de voir, les jours suivants, qu'elle m'avait obéi; non seulement elle a réussi à copier un dessin nouveau et compliqué, mais elle est parvenue à l'apprendre et peut maintenant le faire de mémoire. Ce n'est rien, dira-t-on; à mon avis, c'est beaucoup; suivant que cette faculté de percevoir les choses nouvelles et de s'y adapter assez pour fonder des souvenirs et des habitudes, se développera ou s'arrêtera, la malade sera guérie ou retombera dans son aboulie et ses idées fixes.

L'avenir de cette malade est en effet bien incertain. La plupart des auteurs qui ont décrit cette maladie, la considèrent comme essentiellement périodique. L'amélioration de Marcelle, qui dure déjà depuis un certain temps, ne serait qu'une de ces interruptions dont parle Legrand du Saulle et la maladie devrait naturellement et spontanément recommencer. Nous ne pouvons certainement avoir une opinion arrêtée sur cette question qui demande une longue expérience, mais nous croyons que les rechutes signalées par Legrand du Saulle pourraient peut-être s'expliquer autrement. Marcelle semble guérie, mais je sais qu'elle garde en réalité un esprit extraordinairement faible. Elle est encore hypnotisable et suggestible au plus haut point, comme elle l'était d'ailleurs le premier jour que je l'ai étudiée; c'est une conséquence nécessaire de sa faiblesse de pensée. Je puis, par un mot, provoquer toutes

les modifications des mouvements ou des pensées. Elle conserve également des actes subconscients et même l'écriture automatique qui n'a pas disparu. (Il est vrai que cette écriture automatique déclare que Marcelle est parfaitement guérie et pour toujours ; je voudrais avoir la même confiance.) Certaines personnes, il est vrai, considèrent ces phénomènes, la suggestibilité et l'écriture des médiums, comme des choses tout à fait naturelles, peut-être même comme des qualités d'un esprit solide. Nous ne pouvons partager cette opinion, et nous considérons ces deux caractères comme les signes d'une faiblesse persistante et fort dangereuse. Sans doute, je prends bien toutes les précautions possibles pour endiguer cette suggestibilité et pour empêcher Marcelle de subir les suggestions du premier venu, mais je crois ces précautions assez illusoires. Quand cette personne va retourner chez elle, ce qui arrivera bientôt, elle aura besoin de très grands efforts de pensée pour s'adapter à une situation qu'elle n'occupe plus depuis des années. Il est certain qu'elle en éprouvera une grande fatigue et que sa puissance de perception va encore baisser. Elle sera alors à la merci de toutes les émotions, de toutes les paroles, de tous les spectacles un peu frappants qu'elle pourra percevoir. Et je ne serai pas surpris que cette personne ne revînt de nouveau, avec une idée fixe, une émotion persistante quelconque qui ramènerait des accidents du même genre. La maladie n'est peut-être pas périodique par elle-même et fatalement, mais elle laisse les sujets pendant longtemps dans un état mental qui les prédispose aux rechutes. Une idée de ce genre a déjà été exprimée par M. Magnan, à propos des folies périodiques ; elle nous paraît surtout vraie pour le délire du doute et les idées fixes. Marcelle ne serait donc pas fatalement condamnée à retomber dans son délire, mais elle aura besoin, pendant longtemps, d'exercices déterminés, d'une véritable hygiène morale, et d'une foule de précautions pour protéger un esprit dont le caractère principal est la fragilité[1].

1. Cette malade a présenté, en effet, pendant quelque temps un peu de faiblesse de volonté et d'attention, mais sans grands accidents. Elle a quitté l'hôpital et j'ai appris qu'après être restée un an sans rechutes, elle s'est mariée. Malheureusement je n'ai plus eu de ses nouvelles depuis cette époque ; il est cependant probable que cette amélioration considérable s'est maintenue, car cette jeune femme aurait été ramenée dans le service de M. J. Falret, si elle avait présenté de nouveau des symptômes graves.

## *Conclusion.*

Notre étude, sur une malade atteinte d'aboulie et d'idées fixes, est encore bien incomplète et bien modeste. Nous n'avons pas essayé d'approfondir notre travail au moyen des hautes mathématiques, ou par des appareils d'une précision souvent trompeuse. La psychologie ne nous paraît pas assez avancée pour être susceptible de ces mesures ; la nature générale des phénomènes, leurs mille variations, leurs conditions changeantes ne sont pas assez connues pour que l'on se vante de mesurer un de ces faits isolé des autres. Il est inutile et même dangereux de prendre un microscope pour faire de la grosse anatomie, on s'expose à ne pas savoir ce que l'on regarde. Pour nous, la psychologie expérimentale est encore beaucoup plus simple : elle consiste avant tout à bien connaître son sujet, dans sa vie, dans son tempérament, dans son caractère, dans ses idées, etc., et à être convaincu qu'on ne le connaît jamais assez. Il faut ensuite mettre cette personne dans des circonstances simples et déterminées, et noter exactement ce qu'elle fera et ce qu'elle dira. Examiner les actes et les paroles, voilà encore le meilleur moyen de connaître un homme, et nous ne trouvons ni inutile ni fastidieux d'écrire mot à mot les divagations d'une aliénée. Cette méthode nous a permis de revoir ou de découvrir, chez la malade que nous avons étudiée, bien des choses qui ne sont pas sans intérêt pour la psychologie pathologique. Nous les résumerons ainsi :

1° Les symptômes présentés par notre malade peuvent être rangés en deux catégories : des phénomènes épisodiques variables, que le traitement peut facilement modifier, et des phénomènes plus profonds, constants et qui ne se modifient que très difficilement.

2° Les phénomènes qui nous semblent accessoires sont les idées fixes et les impulsions. Tout à fait analogues à des suggestions hypnotiques, ces idées fixes prennent leur origine dans une émotion, dans un incident quelconque qui a un moment frappé l'esprit de la malade ; elles peuvent se développer jusqu'à envahir complètement la conscience, et paraître un moment la maladie principale ; elles peuvent varier, disparaître sous différentes influences : les émotions, les crises ou le traitement hypnotique.

3° Il y a, au-dessous de ces idées, un état psychologique permanent qui explique précisément cette suggestibilité. Cet état se manifeste par l'aboulie, l'amnésie continue, les troubles variés de la perception ; il constitue le fond de la maladie. C'est lui qui a apparu le premier, qui a rendu possibles les idées fixes, qui subsiste au-dessous d'elles, et qui malheureusement semble persister encore en grande partie après la guérison de celles-ci.

4° Si on cherche à déterminer avec plus de précision la nature de ce « fonds maladif », on voit qu'il se rapproche beaucoup de cette faiblesse mentale que nous avons décrite autrefois chez les hystériques sous le nom de « désagrégation psychologique avec rétrécissement du champ de la conscience », mais il en diffère par plusieurs caractères qu'il n'a pas été possible d'étudier ici en détail. Nous avons seulement montré qu'il consiste essentiellement dans un affaiblissement de la faculté de synthèse qui doit, à chaque moment de la vie, coordonner d'une manière nouvelle nos sensations et nos images. Il est inutile d'insister sur cette proposition trop évidente, c'est que cet état psychologique dépend d'un état cérébral particulier déterminé par l'hérédité et probablement aussi par la fièvre typhoïde. On peut désigner cet état par les mots d'épuisement, d'engourdissement, de sommeil : tant que l'histologie ou la chimie ne nous auront pas instruits davantage sur la nature de cette modification cérébrale, ces mots sont à nos yeux fort vagues et ne sont guère que des traductions des phénomènes psychologiques observés.

5° L'étude de cet affaiblissement nous a permis de passer en revue bien des choses qui sont intéressantes pour le psychologue : l'importance de la nouveauté des actes pour la volonté, le rôle de cette volonté dans les perceptions en apparence les plus simples, la nécessité de la synthèse volontaire pour fonder des habitudes et des souvenirs, le rapport entre le doute et le défaut de perception, le développement de diverses hallucinations. Nous croyons donc que cette étude, bien qu'étroite et limitée à une seule personne, n'est pas inutile pour la psychologie. Nous remercions M. le Dr Falret qui nous a autorisé à la faire et qui, avec tant de bienveillance, nous a permis de profiter de son enseignement sur les maladies mentales.

---

# CHAPITRE II.

## LA MESURE DE L'ATTENTION ET LE GRAPHIQUE DES TEMPS DE RÉACTION

1. Mesure de l'attention par le travail mental, par l'examen du champ visuel. — 2. Mesure de l'attention par le calcul des temps de réaction. — 3. Méthodes. — 4. Conformité de ces graphiques avec les autres mesures de l'attention. — 5. Courbes paradoxales. — 6. La réaction automatique.

L'attention joue un rôle considérable dans la formation de la pensée, d'autre part son altération au cours des maladies nerveuses et mentales tient sous sa dépendance une foule d'autres symptômes et semble surtout étroitement liée avec le développement des idées fixes. Aussi serait-il très important et pour le pédagogue et pour le psychiatre de pouvoir dans chaque cas particulier déterminer exactement la force ou la faiblesse de l'attention.

J'ai fait sur ce point un assez grand nombre de recherches pratiques, car je me suis fréquemment trouvé en présence de ce problème : la mesure de l'attention chez un sujet donné. Ces recherches ne m'ont pas jusqu'à présent inspiré une grande confiance dans la plupart des procédés qui ont été préconisés et je dirai volontiers avec beaucoup d'auteurs que « la recherche des meilleures méthodes pour mesurer l'attention est encore à l'ordre du jour[1] ». Cela tient probablement à la complexité des fonctions supérieures que nous réunissons vaguement sous ce nom d'at-

1. Une partie de ce travail a fait l'objet d'une communication au Congrès de psychologie de Munich, août 1896 et n'a été publiée qu'en résumé dans le compte rendu du congrès.

2. A. Binet et V. Henri. Psychologie individuelle. *Année psychologique*, 1896, 447.

tention, et je ne suis pas disposé à croire que l'on découvre rapidement une méthode unique et mathématique pour résoudre un problème qui tel qu'il est posé est beaucoup trop complexe.

Aussi n'ai-je aucunement l'intention d'étudier ici d'une manière générale la théorie de l'attention, ni ses perturbations, ni même sa mesure. Mais au cours de ces recherches, j'ai pu constater un certain nombre de faits intéressants qui en eux-mêmes ont toujours leur valeur, qui peuvent mettre en garde contre les inconvénients de certaines méthodes et nous aider à analyser les fonctions de l'attention. Je voudrais surtout signaler ici ceux que l'on constate en étudiant les relations qui semblent exister entre les altérations de l'attention et les modifications des temps de réaction.

## *1. — Mesure de l'attention par le travail mental, par l'examen du champ visuel.*

Avant d'expérimenter cette méthode ingénieuse et séduisante qui consiste à mesurer la puissance d'attention d'un sujet par la rapidité de ses temps de réaction simple, je me suis longtemps et souvent servi de procédés plus élémentaires et en apparence beaucoup moins rigoureux qui m'ont permis cependant d'obtenir des renseignements assez précis.

Dans certains cas l'examen de l'attention semble relativement facile, c'est quand il s'agit de malades chez qui cette faculté est excessivement affaiblie. Il est alors aisé de constater cet affaiblissement en examinant les troubles de la sensation consciente qui souvent, je ne dis pas toujours, dépendent d'une modification de l'attention, en examinant surtout la facilité plus ou moins grande avec laquelle le sujet peut par un effort d'attention retrouver la sensibilité consciente d'une région de son corps, quand on l'y encourage. Quand le sujet ne présente pas d'anesthésies ou quand ses anesthésies sont profondes, tenaces et paraissent être au moins pour le moment présent indépendantes d'une altération de l'attention, on arrive au même résultat en étudiant les troubles de la perception, troubles surtout manifestes quand il s'agit de la perception des objets nouveaux qui n'ont pas encore été perçus de la même manière. Certains sujets, comme Marcelle que je viens d'étudier dans le chapitre précédent, ne peuvent plus reconnaître les objets même les plus simples, ou bien ils ne les reconnaissent

qu'à demi avec des hésitations, des doutes et des étonnements. On peut facilement mettre ce trouble en évidence en demandant au sujet de lire un petit article d'une demi-page qu'on lui présente ; si l'on prend soin d'interroger le sujet après la lecture on constate qu'il a pu lire tout haut, qu'il peut même dans certains cas réciter une partie des mots, mais qu'il n'a pas compris. Il est incapable de résumer l'article, de lui donner un titre, de dire de quoi il est question.

J'ai observé depuis cette première observation bien d'autres cas où ce phénomène était aussi net. Maria, femme de 30 ans, atteinte de dipsomanie de forme hystérique[1], Elg. jeune femme de 25 ans (délire du doute), Ga. femme de 30 ans (délire du contact), Fa. femme de 37 ans (obsessions verbales, idées fixes de jalousie), Rou. jeune homme de 29 ans (fugues hystériques), sont tout à fait comparables à Marcelle et ne comprennent pas à la lecture un article de journal, même le plus simple. D'autres malades sont un peu moins atteints et ne manifestent leur insuffisance d'attention que si on leur demande des exercices un peu plus compliqués. Bon., jeune fille de 19 ans (anorexie et vomissements hystériques), s'est aperçue du trouble de son esprit en suivant des cours scientifiques ; elle ne peut plus suivre un raisonnement même simple, quoique elle comprenne bien la conversation banale ; Duv., femme de 38 ans, qui présente depuis deux ans un délire mélancolique à la suite d'une émotion violente, Renée, jeune fille de 21 ans (attaques de chorée rhytmique hystérique, tics, imitation du cri des animaux, etc.), ne présentent le trouble de l'attention d'une manière très nette que si on leur propose de petites opérations arithmétiques ; même chez l'une quelques réflexions mathématiques suffisent pour déterminer une attaque. Au contraire, chez d'autres qui sont plus gravement atteintes, l'aprosexie se manifeste spontanément, trouble leur perception des objets surtout s'ils sont nouveaux, et même les empêche de comprendre les paroles qu'on leur adresse. Marcelle, Berthe, jeune fille hystérique de 19 ans, M. surtout (contractures du tronc et vomissements hystériques incoercibles), restent dans certains moments au milieu de la salle ou dans la cour très embarrassées, car malgré leurs efforts elles ne peuvent rien comprendre de ce qui se passe autour d'elles.

1. Voir le chapitre v de cet ouvrage. « Les idées fixes de forme hystérique », observation V.

Ces procédés paraîtront évidemment puérils aux partisans fervents de la psychométrie, j'oserai cependant les défendre un peu. Ils mettent bien en évidence ce qui à mon avis est essentiel dans l'attention, la puissance de synthèse mentale, la puissance du sujet pour former une perception nouvelle, un jugement, pour fonder un souvenir, une habitude. Ces procédés sont plus qu'on ne le croit susceptibles de graduations précises. Le sujet comprend-il la parole entendue dans la conversation vulgaire ? Reconnaît-il un objet usuel ? Reconnaît-il un objet peu usuel ? Comprend-il à l'audition, à la lecture à voix basse, à la lecture à voix haute un petit paragraphe simple, une petite anecdote ? Peut-il résumer dans un titre simple et juste les quelques lignes qu'il vient de lire ? Combien de temps lui faut-il pour se fixer sur un petit travail de ce genre ? Peut-il faire une opération arithmétique ? Laquelle peut-il bien faire ? Pendant combien de temps peut-il continuer des travaux de ce genre ? Peut-il résoudre comme autrefois un petit problème d'arithmétique, ou même d'algèbre ? Comment écoute-t-il et comment comprend-il un petit raisonnement simple scientifique ou même moral qu'on lui expose ? Fait-il des objections justes ? Garde-t-il le souvenir de ce qu'il a compris, etc. ? On peut avec ces procédés un peu antiques, j'en conviens, obtenir plus de précision qu'on ne le croit et je m'en suis heureusement servi pour constater des modifications délicates de l'attention, chez divers sujets et dans différentes circonstances, par exemple avant, pendant ou après un somnambulisme provoqué, dans un cas avant et après une douche. Les résultats sont beaucoup plus nets qu'on ne le croirait et nous exposent peu à l'erreur.

On pourrait compliquer ces observations en demandant au sujet de faire plusieurs opérations à la fois. M. Sante de Sanctis a tiré un bon parti de cette méthode dans son analyse de l'état intellectuel du jeûneur Succi avant et après le jeûne[1]. Je trouve très net et très intéressant ce fait que dans les conditions données et assez complexes le sujet ait bien pu faire une addition et une multiplication au début et qu'il n'ait pas pu les faire à la fin dans les mêmes conditions. Cela est à mon avis aussi et plus démonstratif que le graphique qui accompagne l'expérience. Si je n'ai pas eu

1. Sante de Sanctis, Lo studio sperimentale dell' attenzione. *Bollettino della Società lancisiana degli ospedali di Roma*, anno XIV, 1875.

souvent recours à cette méthode des opérations simultanées, c'est que chez beaucoup de mes sujets ces opérations simultanées s'exécutent fort bien, à la condition que l'une devienne tout à fait subconsciente, ce qui à mon avis complique la question. Ensuite, tout en comprenant l'intérêt des recherches de M. S. de Sanctis sur la distribution de l'attention, je crois que l'essentiel dans l'attention ce n'est ni de se fixer sur un objet unique ni de se diviser trop facilement sur des objets multiples, mais de partir d'objets multiples pour les ramener à l'unité, de savoir synthétiser. Qu'on ne s'y trompe pas, l'analyse d'un objet en apparence simple exige dans l'esprit un travail de synthèse. Le grand mérite des recherches de M. S. de Sanctis, c'est de reconnaître la variété des fonctions de l'attention et de chercher à varier les expériences pour mesurer ou même pour constater chacune d'elles séparément. Les méthodes précédentes d'observation du travail mental dans des conditions adoptées à chaque cas ont assez de souplesse pour se prêter à ces diverses recherches.

Je ne me dissimule pas cependant que ces méthodes ont bien des défauts. Elles donnent des résultats vagues qu'il est difficile de traduire en chiffres sinon par des notations artificielles analogues aux notes des devoirs de lycéens que j'ai employées quelquefois. Elles demandent de la part de l'expérimentateur une grande patience, et beaucoup de temps, car elles exigent des observations longues et répétées. J'ai donc souvent cherché s'il ne serait pas possible de les remplacer par une mesure équivalente, mais plus simple et plus précise.

A plusieurs reprises j'ai étudié comme caractéristiques de l'attention quelques phénomènes présentés par la vision des malades. Je signale ici rapidement un petit phénomène qui me semble curieux et que je compte reprendre plus tard avec plus de détails dans une autre étude. Les malades qui ont peu d'attention et qui font difficilement les synthèses mentales présentent très souvent un trouble de la vision binoculaire, de cette vision qui exige évidemment une synthèse des images fournies par les deux yeux. On met le fait en évidence au moyen des images stéréoscopiques et on est surpris de constater que bien des hystériques et des psychasthéniques qui ne présentent aucun strabisme ne savent plus regarder dans un stéréoscope et n'éprouvent plus l'illusion du relief.

Le fait peut être bien mis en évidence, si on se sert du procédé si curieux et si amusant décrit sous le nom d'*Anaglyphes* par M. Ducos de Hauron. On sait que les anaglyphes[1] consistent en deux photographies stéréoscopiques superposées dont l'une est de couleur bleue, l'autre de couleur rouge. Si on applique sur l'un des yeux un verre rouge et sur l'autre un verre bleu, chacun des yeux ne peut voir que l'une des deux photographies, l'autre étant annihilée par la couleur du verre. La synthèse de ces deux images légèrement différentes donne une curieuse illusion du relief. J'ai observé que plusieurs malades, des psychasthéniques obsédés ou des hystériques, n'obtenaient pas cette illusion. Quoique ayant les deux yeux ouverts, ils voyaient uniquement avec un œil, tantôt avec l'un, tantôt avec l'autre, ce qu'ils manifestaient en disant que le papier était tout rouge ou tout bleu, mais que le dessin n'avait aucun relief particulier. Quelques-uns d'entre eux retrouvaient la vision du relief après un somnambulisme quand leur pouvoir de synthèse était plus fort. C'est pourquoi je suis disposé à croire que l'on pourrait tirer de l'étude de la vision binoculaire, quelques renseignements intéressants sur l'attention et la synthèse mentale.

Quel que soit l'intérêt de cette petite expérience, c'est à l'examen d'un autre caractère de la vision, à l'étude du champ visuel que j'ai eu plus souvent recours pour déterminer les altérations de l'attention. J'ai déjà montré à plusieurs reprises au congrès de psychologie de Paris en 1889, et dans quelques travaux plus récents[2] qu'il y avait un rapport étroit entre la puissance de l'attention et l'étendue du champ visuel. Le simple rétrécissement du champ visuel chez l'hystérique est déjà, à mon avis, comme toutes ses anesthésies d'ailleurs, une marque de la faiblesse de son attention. Les stigmates indiquent un épuisement de l'activité cérébrale qui ne peut continuer à s'exercer simultanément de la même manière sur tous les points de l'écorce et qui n'attend qu'une occasion pour se localiser plus particulièrement sur un point ou sur un autre. Le rétrécissement est d'ordinaire concentrique parce que le malade dont le cerveau est fatigué, engourdi, ne

1. E. Demole, Les anaglyphes, d'après les travaux de M. Louis Ducos de Hauron. *Revue scientifique*, 1894, II, 19.

2. *Stigmates mentaux des hystériques*, 1892, p 75.

perçoit plus consciemment que les sensations les plus fortes ou mieux les plus nettes qui sont au centre et laisse persister les sensations périphériques d'une manière simplement subconsciente. Cet engourdissement d'ailleurs qui amène ce résultat peut porter soit sur les centres visuels eux-mêmes dont il altère les fonctions sans les supprimer, soit sur les centres d'association, dont Flechsig montrait récemment l'importance.

Mais on peut par un artifice spécial mettre mieux en évidence cette influence de l'attention sur les limites du champ visuel. Je prépare l'expérience de manière à mesurer le champ visuel pendant que le sujet fait un effort d'attention pour comprendre ce qu'il lit. Pour y parvenir, je dispose au centre du périmètre quelques lignes d'écriture que le sujet doit lire avec attention ou quelques chiffres sur lesquels il doit exécuter une petite opération et je promène en même temps un petit papier blanc sur le périmètre pour déterminer les limites du champ visuel pendant ce travail. Ce procédé qui chez l'homme normal détermine à peine un rétrécissement de 5 à 10°, détermine chez quelques malades des rétrécissements considérables. J'ai déjà indiqué plusieurs cas de ce genre, j'en ai depuis observé beaucoup de nouveaux dans des circonstances variées en modifiant l'objet ou le dessin placé au centre du périmètre, en priant le sujet de lire ou de compter les signes ou les chiffres inscrits sur le papier qu'il fixait. Je ne puis les rapporter en détails, le principe ayant déjà été exposé, je n'en cite qu'un exemple nouveau et bien net. Vel., un homme de 30 ans, ayant des tics de la face déterminés par des idées fixes subconscientes[1], présente, quand on l'examine de la façon ordinaire sans attirer trop l'attention au centre, un champ visuel à peu près normal pour chacun des yeux, 85° du côté externe, 60° du côté interne, etc.; si on mesure le champ visuel par le procédé précédent on ne trouve plus pour l'œil droit que 20° dans le sens horizontal et 10° dans le sens vertical, et pour l'œil gauche 10° dans tous les sens : en d'autres termes, Vel. ne voit absolument rien en dehors du mot qu'il lit et qu'il essaye de comprendre. Il est facile de comparer dans la figure 1 les deux champs visuels obtenus par ces deux procédés différents. On sait que d'autres malades dans ces mêmes conditions deviennent en plus tout à fait

1. L'observation de ce malade se trouve dans *les accidents mentaux des hystériques*, 1893, p. 102.

anesthésiques sur tout le corps. Quel que soit le mécanisme par lequel l'effort d'attention détermine cette anesthésie, épuisement, fatigue, direction particulière donnée à l'activité nerveuse, une anesthésie semblable n'en est pas moins la marque d'une attention faible et difficile et peut servir à mettre cette faiblesse en évidence. En effet, il est intéressant de noter que ces phénomènes ne sont pas permanents chez Vel. Quand son état psychasthénique s'améliore, ce caractère disparaît et l'attention ne restreint plus le champ visuel que de quelques degrés. Il s'agit donc dans ce cas d'un véritable symptôme clinique qui nous montre bien l'affaiblissement de l'attention et le rétrécissement du champ de

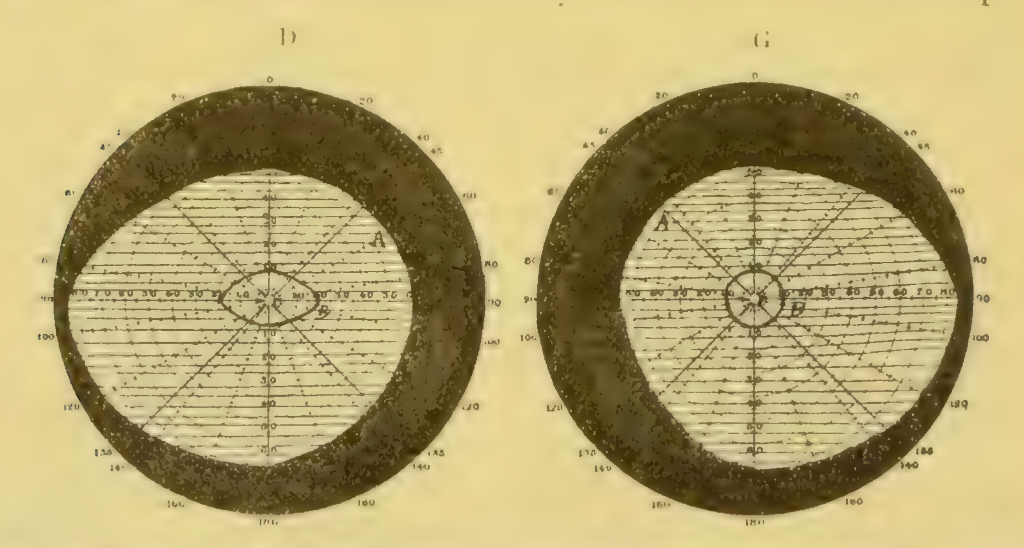



Fig. 1. — Champ visuel de Vel. *A* limite du champ visuel sans effort d'attention. *B* limite du champ visuel au moment d'un effort d'attention pour additionner des chiffres placés au point central du périmètre. L'expérience faite successivement sur les deux yeux donne des résultats analogues.

conscience qui en dépend et en même temps bien entendu, l'engourdissement cérébral, la diminution de la quantité disponible de force nerveuse qui déterminent ces phénomènes. Je suis très heureux de voir que M. Sancte de Sanctis dans un travail fort intéressant[1] a repris cette expérience avec le même résultat et en a tiré comme moi une méthode assez juste pour mesurer l'affaiblissement de l'attention.

Des expériences que je poursuis depuis quelque temps me montrent que l'on pourrait peut-être pousser plus loin cette méthode. On définit d'ordinaire le champ visuel en disant que c'est l'étendue, c'est-à-dire l'ensemble des sensations visuelles que le

1. Sante de Sanctis. Lo studio dell' attenzione conativa. *Atti della Societa Romana di anthropologia*, vol. IV, fasc. II, 1896.

sujet peut percevoir d'un seul coup d'œil, l'œil étant immobile. Il ne doit pas être question dans cette définition de la simultanéité de ces sensations. En effet, quoique le champ visuel s'étende à 60° du côté interne et à 90° du côté externe, la mesure telle qu'on la pratique ne démontre pas du tout que le sujet voie réellement d'une manière simultanée un objet placé à 80° du côté externe et un autre placé à 60° du côté interne. Elle démontre seulement qu'en attirant *successivement* son attention d'un côté, puis de l'autre, l'œil étant immobile, il peut voir *successivement* à 60° d'un côté à 90° de l'autre. J'ajouterai qu'il est même probable que la vision précise des différentes parties du champ visuel n'est réellement que successive et non simultanée.

Il y a donc lieu de rechercher ce que serait le champ visuel si on ne tenait compte que de l'étendue, de l'ensemble des sensations visuelles perçues réellement d'une manière simultanée : on peut désigner cette nouvelle mesure sous le nom de champ visuel simultané. Ce champ visuel simultané, autant que j'ai pu en juger dans des conditions imparfaites, est beaucoup plus restreint que l'autre et varie énormément avec le degré de l'attention des sujets.

Quoi qu'il en soit, il semble juste de se servir quelquefois de l'étude du champ visuel pour mesurer l'attention. Cette mesure peut dans certains cas s'ajouter d'une manière utile aux précédentes.

## 2. — *Mesure de l'attention par le calcul des temps de réaction.*

Il faut savoir reconnaître que toutes les méthodes précédentes ont beaucoup d'imperfections et ne nous conduisent pas à des chiffres bien nets pour déterminer rapidement la puissance d'une attention. Aussi ai-je cru devoir étudier avec soin une méthode nouvellement introduite par la psychométrie, la détermination de la puissance de l'attention par la mesure des temps de réaction.

Il est facile de constater que l'attention communique une plus grande rapidité aux phénomènes psychologiques. Wundt a été l'un des premiers à démontrer que le temps de réaction, le temps qui s'écoule entre une impression périphérique et le petit mouvement par lequel le sujet manifeste qu'il a éprouvé une sensation, diminue considérablement quand le sujet est attentif. Le temps de réaction que l'on obtient quand on impressionne un sujet qui n'a pas

été prévenu est beaucoup plus long que celui que l'on constate quand on prévient le sujet par un signal quelques instants avant de lui faire subir une impression. Citons comme exemples les chiffres suivants donnés par Wundt : l'impression est auditive et assez forte, le temps de réaction pour le sujet non prévenu est en moyenne 0''253, il devient chez un sujet prévenu 0''076. Si le bruit est faible, le temps de réaction est pour le sujet non prévenu 0''266, pour le sujet prévenu 0''175[1]. Ces études furent reprises par un grand nombre d'auteurs. Signalons les recherches de Mosso[2], de von Tschisch[3], d'Obersteiner[4], de Münsterberg surtout qui montre les modifications du temps de réaction sous l'influence de l'attention dans une foule de circonstances variées[5].

En 1886, un élève de Wundt, L. Lange[6], ajouta une notion nouvelle : il soutint que la réaction est plus lente quand le sujet fixe son attention sur la sensation qui sert de signal et plus rapide s'il la fixe sur le mouvement à exécuter. La différence pourrait être de 10 centièmes de seconde. Beaucoup d'études récentes de Cattell, de Bartels, de Bliss, de Baldwin ont surtout porté sur la discussion de la théorie émise par Lange. Quelques-unes de ces études me semblent heureusement résumées et complétées dans le travail de M. Mark Baldwin[7] et dans celui de M. Th. Flournoy[8]. Cet auteur renonçant, à mon avis avec infiniment de raison, aux recherches sur les individus trop exercés à ces travaux de laboratoire et expérimentant sur des novices, montre surtout, comme M. Mark Baldwin d'ailleurs, qu'il y a des types de réaction différents suivant le type sensoriel du sujet et qu'il est difficile de donner à cette loi de Lange une grande généralité.

En examinant ces recherches n'est-il pas naturel de penser qu'il y a un lien étroit entre la brièveté du temps de réaction et la force de l'attention, si bien que l'un puisse être considéré

1. Wundt, *Psychologie physiologique*, trad. fr., II, 226 Paris, F. Alcan.
2. Mosso, *La fatigue*, trad. fr., 115. Paris, F. Alcan.
3. Von Tschisch, dans les *Philosophische Studien* de Wundt, II, 621.
4. Obersteiner, *Experimental Research on Attention*. Brain, 1879, I, 439.
5. Münsterberg, *Beiträge zür exp. psych.*, 1889, I, 73-106.
6. L. Lange, *Philosoph. stud.*, IV, 479.
7. J.-M. Baldwin et W.-J. Shew. Types of reaction. *Psychol. Review*, 1895, p. 259.
8. Th. Flournoy. *Observations sur quelques types de réaction simple*. Genève, 1896.

comme le signe de l'autre. C'est ce qui a été admis par M. Buccola dans son travail sur « la legge del tempo nei fenomeni del pensiero, Milan, 1883 », quand il nous dit que « l'équation personnelle peut être considérée comme le dynamomètre de l'attention ». De très nombreux travaux de Exner, Wundt, Stanley-Hall, Kræpelin, Van Biervliet, Külpe, etc., dont il est impossible d'étudier ici la bibliographie, ont été appuyés sur cette notion et ont donné des temps de réaction plus ou moins nombreux, pris dans des conditions plus ou moins variées, comme la mesure de l'attention. C'est en particulier ce qui a été fait d'une manière extrêmement ingénieuse par un psychologue italien, M. Patrizzi[3]. Grâce à une méthode élégante dont nous nous servirons tout à l'heure, il a réussi à inscrire l'un à côté de l'autre sur le cylindre noirci de Marey un grand nombre de temps de réaction de telle façon que l'on pût facilement les réunir par une courbe. Cette courbe selon lui formait un véritable *processigramme*, une figure individuelle exprimant nettement la force de l'attention chez un sujet donné et pouvait par conséquent rendre un grand service dans les études cliniques.

Ce sont ces affirmations de plusieurs auteurs et en parculier le travail de Patrizzi qui m'ont engagé à appliquer aux malades cette nouvelle méthode pour mesurer l'attention et à rechercher si réellement dans des cas bien nets la longueur du temps de réaction était en rapport avec la force de l'attention déterminée par les observations précédentes, et si cette relation persistait d'une manière assez régulière pour nous permettre de nous fier à cette mesure simple et commode.

## 3. — Méthodes.

Avant d'indiquer les résultats de ces expériences il faut indiquer en quelques mots la méthode aussi simple que possible qui a été appliqué dans chacune d'elle.

J'ai dû pratiquer bien entendu la mesure du temps de réaction sur des sujets qui n'étaient aucunement préparés à cet exercice. On peut discuter sur la valeur des expériences faites sur les sujets no-

3. Patrizzi, La graphique psychométrique de l'attention. *Archives italiennes de biologie*, t. XXII, fasc. 2.

vices qui me semblent cependant à bien des points de vue préférables aux sujets éduqués. Mais, dans le cas présent, je n'avais pas à choisir, je recherchais une méthode clinique qui aurait été tout à fait sans valeur si on n'avait pu l'appliquer qu'à un petit nombre d'individus après une longue éducation.

La mesure du temps est opérée soit avec l'appareil enregistreur de Marey et le diapason à 100 vibrations par seconde, soit avec le chronomètre de d'Arsonval réglé aussi soigneusement que possible. Les erreurs portant sur des millièmes de seconde que l'on peut reprocher à ces méthodes surtout à la dernière, me paraissent de minime importance. Il s'agit ici de comparer des résultats nombreux les uns avec les autres et non d'accorder une grande valeur à une mesure isolée. D'ailleurs l'attitude des malades, leur indocilité, l'ignorance où nous sommes souvent de leurs pensées apportent de bien autres causes d'erreur. Il ne faut pas trop, à mon avis, se préoccuper de millièmes de secondes quand les dispositions morales des sujets peuvent déterminer des variations si considérables. Aussi, quoique cela puisse paraître bien peu précis, je me bornerai à compter par centièmes de secondes, sauf quand il s'agit de certaines moyennes déterminées non par l'appareil, mais par le calcul.

Quand on essaie ce genre d'expériences, on remarque bien vite que l'on ne peut se contenter de mesurer un temps de réaction isolé. Sa longueur ou sa brièveté ne prouveraient absolument rien sur l'attention du sujet ; car un sujet quelconque, fût-il tout à fait aliéné, peut toujours fournir, ne fût-ce que par hasard, un temps de réaction très court, égal même à 0, ou très long : le choix serait tout à fait arbitraire. Aussi a-t-on toujours observé qu'il fallait recueillir un très grand nombre de temps de réaction et les soumettre à de certains calculs. Ainsi, on détermine *le temps moyen* c'est-à-dire le quotient de la somme de ces temps de réaction par leur nombre et *la variation moyenne*, c'est-à-dire la moyenne des différences entre le temps moyen et les réactions isolées. Cette dernière mesure montre la grandeur des oscillations et détermine le degré de régularité des temps de réaction.

Ce procédé me paraît présenter quelques inconvénients ; le temps moyen calculé sur l'ensemble des temps de réaction peut varier beaucoup suivant que l'expérience est plus ou moins prolongée et le nombre des chiffres obtenus plus ou moins considérable et ne nous indique pas assez les variations des temps de réaction au

cours de l'expérience. J'ai préféré une méthode un peu plus complexe qui conserve davantage la trace des divers temps de réaction obtenus au cours de l'expérience, en un mot la méthode des courbes.

Dans une première série d'expériences, ces courbes ont été obtenues bien simplement par la méthode des points reportés sur un papier quadrillé. L'expérience d'ailleurs est disposée de la manière suivante : je cherche à obtenir le plus grand nombre possible de temps de réaction consécutifs à une excitation simple, contact, bruit ou vue d'un mouvement, sans qu'il y ait de longs intervalles entre ces réactions et les nouvelles excitations. A peine le sujet a-t-il réagi qu'il éprouve une nouvelle impression. Le nombre des temps de réaction obtenus pendant une minute varie naturellement suivant la longueur des réactions elles-mêmes. Dans certains cas favorables, 20 et 25 par minute, mais dans d'autres cas beaucoup moins. L'essentiel était de laisser au sujet le temps nécessaire pour bien faire les mouvements, mais de ne pas lui permettre de distraction et d'exiger une attention continue.

Chacun de ces temps de réaction était calculé, puis inscrit par la méthode des points sur un papier quadrillé au millimètre suivant cette convention : chaque millimètre horizontal indique une nouvelle excitation, chaque millimètre vertical correspond à un centième de seconde. Ces points sont réunis par une ligne, la courbe des temps de réaction. Puis je calculai la moyenne de dix temps de réaction consécutifs et je marquai cette moyenne sur le même graphique au milieu des dix temps de réaction et à sa hauteur en centièmes de seconde. Enfin ces nouveaux points sont réunis par une ligne plus épaisse qui détermine la courbe des moyennes de dix en dix. Un graphique ainsi construit rend assez nettes les principales modifications des temps de réaction pendant dix, quinze minutes ou même plus, en rapport avec deux cents ou quatre cents excitations et permet de vérifier s'il existe une relation bien nette entre cette courbe des temps de réaction et l'attention du sujet.

On peut considérer le graphique de la figure 2 comme représentant à peu près ce qui se passe chez l'homme normal d'intelligence et d'attention moyenne sans éducation préalable. Il s'agit de réaction simple à des excitations tactiles. L'expérience a été prolongée jusqu'à 15 minutes et je ne reproduis ici faute de place que la dernière partie du graphique. Au début et jusqu'à la 8e minute les temps de réaction simple oscillent entre 7 et 15 cen-

tièmes de seconde et restent en général au-dessous de 20 centièmes de seconde, la moyenne de dix en dix est, comme on le voit, de 10 et 12 centièmes de seconde. Ce n'est pas une réaction bien rapide, il s'agit de sujets faisant bien attention mais nullement éduqués. A partir de la 8e minute on voit que les temps de réaction sont plus irréguliers, ils oscillent entre 10 et 30 centièmes de seconde et la moyenne plus élevée atteint 15 et 20 centièmes de seconde. Ces caractères restent les mêmes jusqu'à la 15e minute, si ce n'est que nous avons des irrégularités plus grandes encore, des temps de 44 centièmes de seconde. On peut

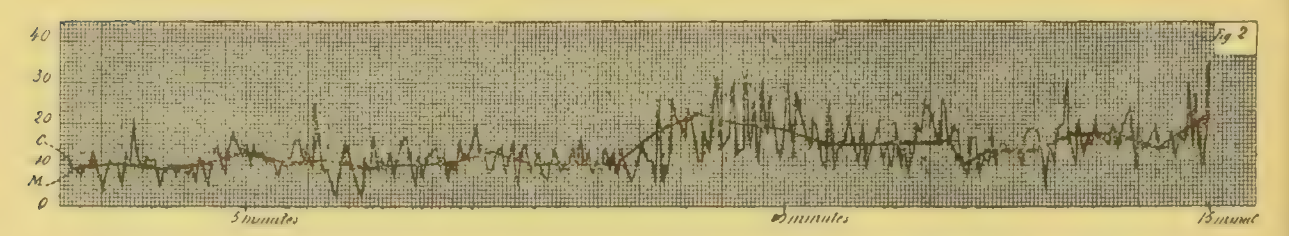



Fig. 2. — Courbe des temps de réaction simple à une excitation tactile mesurés par le chromètre de d'Arsonval, inscrite par la méthode des points. Toutes ces courbes se lisent de gauche à droite, le temps est inscrit sur le côté gauche en centièmes de seconde. *C* courbes des temps de réaction inscrits chacun isolément. *M* courbe des moyennes calculées pour 10 temps de réactions consécutifs et inscrits de 10 en 10. Ces figures sont reproduites ici, avec une forte réduction par la photogravure, mais la réduction est la même pour toutes les figures du même genre qui représentent des courbes des temps de réaction, des *processigrammes*, par conséquent toutes ces courbes sont facilement comparables.

prendre ce graphique comme le type de la plupart de ceux que j'ai obtenus dans des circonstances normales et on peut lui comparer ceux que présentent les malades placés dans les mêmes conditions.

Dans d'autres cas je me suis servi d'une autre méthode pour inscrire les courbes, la méthode de M. Patrizzi. Le cylindre de Marey tourne avec une vitesse moyenne (M. Patrizzi semble se servir de la grande vitesse, celle-ci n'est pas applicable à mes sujets dont les temps de réaction dépassent souvent une seconde), il entraîne avec lui le chariot de Marey portant le signal électrique de Desprets, de manière que le signal avance à chaque tour et décrive une ligne spirale ; c'est cette ligne spirale qui forme sur les graphiques obtenus par ce procédé, par exemple sur la figure 3, les fines lignes verticales très rapprochées l'une de l'autre. A chaque tour une tige de cuivre fixée sur le cylindre en touchant un contact ouvre un courant électrique, celui-ci fait d'une part sonner un timbre, ou remuer un signal, ou détermine un léger choc sur la main du sujet, et d'autre part il fait mouvoir le

signal de Desprets et s'inscrit sur le cylindre en E (fig. 3). Le sujet, en appuyant sur un interrupteur, rompt le courant, ce qui s'inscrit également, grâce au signal de Desprets, un peu plus loin sur la même ligne verticale en R. Les mêmes phénomènes se répètent exactement à chaque tour du cylindre et par conséquent sur chacune des fines lignes verticales : le moment du signal s'inscrit toujours en un point E de chacune de ces lignes verticales, les réactions s'inscrivent plus ou moins loin en R sur la même ligne. Quand l'expérience est terminée, on réunit par un trait tracé à la main tous les points E inscrits sur chacune des lignes verticales, c'est ce qui constitue sur les graphiques la ligne EE′, ou ligne des excitations. Puis on réunit également par un trait tracé à la main tous les points R qui indiquent les réactions et qui sont situés à des distances variables de la ligne EE′. La réunion de ces points constitue une ligne brisée RR′ qui représente la courbe des temps de réaction. L'inscription du diapason à 100 vibrations par seconde se fait en D et permet de mesurer le temps de réaction ER. D'ailleurs des lignes parallèles à EE′ tracées toutes les dix vibrations du diapason permettent de lire plus facilement le temps en dix centièmes de seconde. La figure 3 prise avec un sujet normal qui prête une extrême attention à un signal auditif peut servir de type et permet de comprendre ces processigrammes.

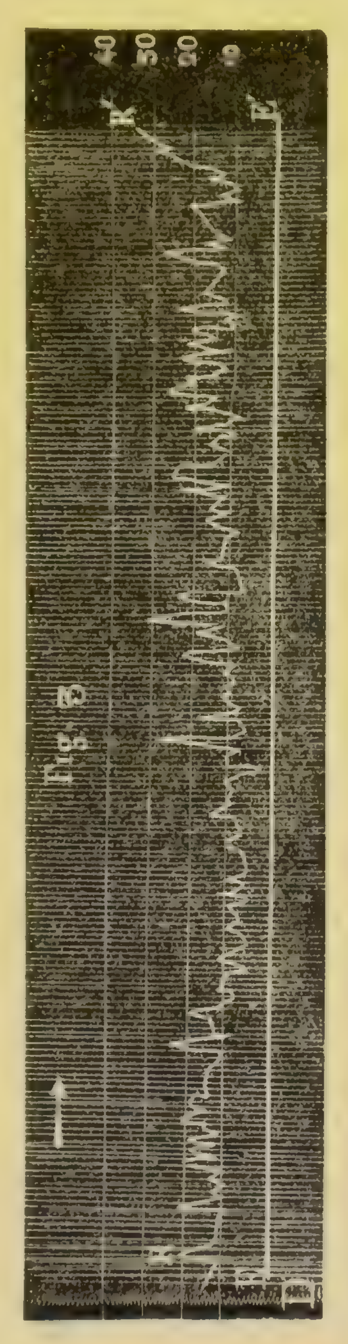


FIG. 3. — Courbe des temps de réaction à un signal auditif pendant 20 minutes. La courbe est obtenue par la méthode de M. Patrizzi (*Arch. italiennes de biologie*, XXII, fasc. 2.) La flèche indique le sens dans lequel le graphique doit être lu. Les lignes verticales sont inscrites par le signal de Desprets et chacune d'elle représente un tour complet du cylindre. La ligne EE′ est formée par la réunion des points marqués par le signal sur chaque ligne verticale au moment de chaque excitation, la ligne RR′, tracée à la main, réunit les points marqués par le signal sur chaque ligne verticale au moment de chaque réaction du sujet. La ligne D est inscrite par les vibrations du diapason à 100 vibrations par seconde. Les lignes 10, 20, 30, 40 sont tracées parallèlement à la ligne EE′ toutes les dix vibrations du diapason. Les figures de ce genre sont également réduites à la même échelle que la précédente et lui sont comparables.

Cette méthode est élégante, elle n'est pas sans quelques difficultés et quelques inconvénients. Elle demande une installation assez délicate, sujette à se déranger quand on désire s'en servir ; elle n'est pas d'une précision bien rigoureuse, car (au moins avec mon installation imparfaite il est difficile d'obtenir une ligne des excitations EE' bien correcte. Mais le plus grand inconvénient, à mon avis, n'est pas là ; il consiste en ce que les signaux se font entendre trop régulièrement, ils sont avec mon dispositif de huit par minute. Il faut par divers artifices rompre cette régularité dans la plupart des expériences. On y arrive en mettant dans le circuit un nouvel interrupteur à la disposition de l'expérimentateur, ou plus simplement en ne fixant pas les tocs d'entraînement du cylindre ; l'adhérence suffit à l'entraîner d'un mouvement très régulier, et l'expérimentateur n'a qu'à toucher du doigt le cylindre, et à l'arrêter quelques instants avant le signal pour modifier la régularité de ces signaux. C'est dans ces conditions, en modifiant les signaux par l'une ou par l'autre méthode surtout par la première, ou, le plus souvent, en les laissant se succéder régulièrement, que j'ai obtenu un certain nombre de courbes moins précises peut-être que les précédentes mais également intéressantes.

### 4. — *Conformité de ces graphiques avec les autres mesures de l'attention.*

Je ne puis étudier ici tous les détails de ces courbes, ce qui serait entrer dans l'étude détaillée des temps de réaction. Je désire seulement remarquer ce qui dans ces courbes s'accorde ou ne s'accorde guère avec les notions acquises par d'autres procédés sur l'attention des sujets.

Il est évident qu'un certain nombre de ces courbes sont à ce point de vue tout à fait correctes, par exemple les deux figures précédentes nous présentent des courbes ayant deux caractères bien nets, elles sont basses et assez régulières. La courbe 3 nous présente des réactions à des sensations auditives répétées au nombre de 200 à peu près pendant 20 minutes, elles ne dépassent guère 20 centièmes de seconde et les oscillations sont rarement plus considérables que 10 à 15 centièmes de seconde. La figure 2 représente des réactions à des sensations tactiles au nombre de 330 à peu près pendant 15 minutes, la moyenne atteint rarement

20 centièmes de seconde et ne les dépasse qu'une fois, les oscillations assez petites ne dépassent guère 20 centièmes de seconde. De ces deux courbes on remarque l'application d'une loi bien connue : les temps de réaction plus longs au début par défaut

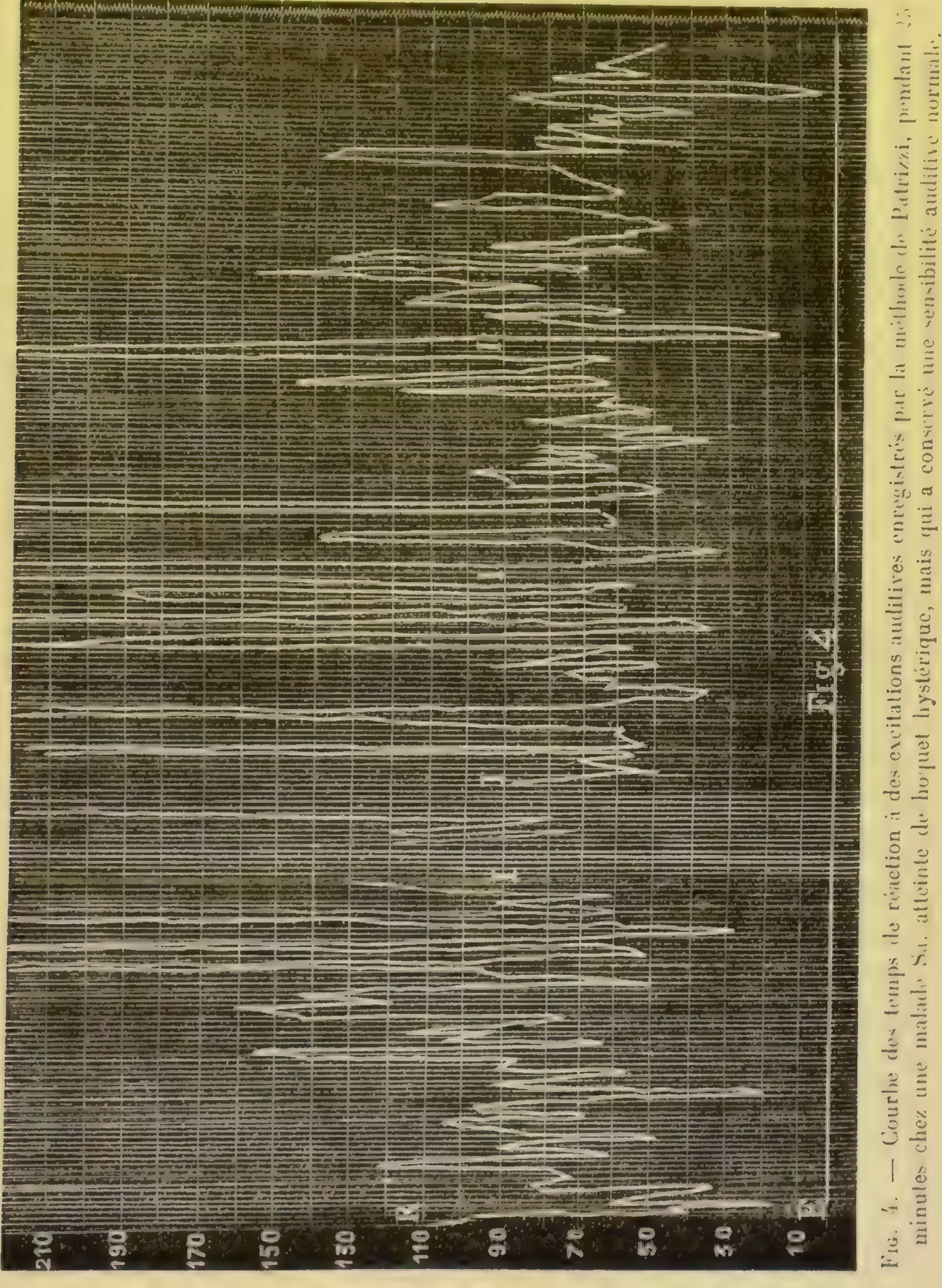



Fig. 4. — Courbe des temps de réaction à des excitations auditives enregistrés par la méthode de Patrizi, pendant 25 minutes chez une malade Sa. atteinte de hoquet hystérique, mais qui a conservé une sensibilité auditive normale.

d'accoutumance du sujet (il ne faut pas oublier qu'il s'agit de sujets se prêtant à cette expérience pour la première fois) s'abaissent ensuite quand le sujet est plus exercé et se relèvent à la fin sous l'influence de la fatigue. Or ces deux courbes ont été obtenues sur deux hommes, l'un de 30, l'autre de 50 ans, en pleine santé

physique et morale. On peut donc remarquer la coïncidence de ces trois caractères de la courbe, moyenne peu élevée, oscillation peu étendue, relèvement minime de la courbe seulement au bout de 15 à 20 minutes. On peut supposer en effet que c'est la puissance de l'attention toujours dirigée sur l'attente du signal et sur le mouvement à exécuter qui a donné à la courbe son peu d'élévation et sa régularité.

Cette remarque semble se confirmer par une observation inverse de la précédente. Je constate sur plusieurs courbes des caractères tout à fait opposés aux précédents. Voici (fig. 4) une courbe bizarre qui a cependant été prise tout à fait dans les mêmes conditions que la courbe (fig. 3). La réaction R à une excitation auditive E est, on le voit, très élevée en général de 70 à 90 centièmes de seconde, en outre elle présente des oscillations énormes de plus d'une seconde de durée, enfin on note même sur la courbe des interruptions en I correspondantes à des périodes assez considérables, quelquefois d'une minute presque entière, pendant lesquelles le sujet a oublié de réagir, quoique le signal continuât à se faire entendre régulièrement. Or je constate que cette courbe est prise sur une malade fort curieuse. Il s'agit d'une jeune fille, Sa., de 19 ans, atteinte depuis trois mois d'un hoquet hystérique incessant pendant la veille, qui ne disparaît que pendant le sommeil. L'observation de cette malade Sa. sera donnée d'une manière plus complète dans le second volume de cet ouvrage. Je remarque seulement maintenant qu'elle présente un état d'esprit tout particulier ; autrefois très émotive et même très anxieuse pour la moindre des choses, elle est devenue depuis le début de ce hoquet tout à fait indifférente, elle ne s'émeut, ne s'afflige ou ne s'inquiète de rien. Quoiqu'elle réponde assez correctement aux questions précises, elle reste en général sans rien faire et prétend ne penser à rien, avoir la tête vide. Il semble que toute l'attention soit concentrée sur le hoquet et se soit retirée de toute autre chose. On peut rapprocher cet état mental de la courbe précédente et expliquer par cette absence d'attention l'élévation et l'irrégularité de la courbe.

Les mêmes caractères plus exagérés encore se retrouvent dans la figure 5 prise sur une hystérique, Cor., peu de temps après une attaque. Cette malade conserve peu d'anesthésies persistantes si ce n'est un certain degré de rétrécissement du champ

visuel mais elle est constamment dénuée d'attention, ne comprend pas ce qu'elle lit et présente un accroissement considérable du rétrécissement du champ visuel quand on la soumet à l'expérience précédemment décrite.

Le dernier caractère remarqué dans les courbes normales va encore se trouver modifié d'une façon intéressante chez quelques

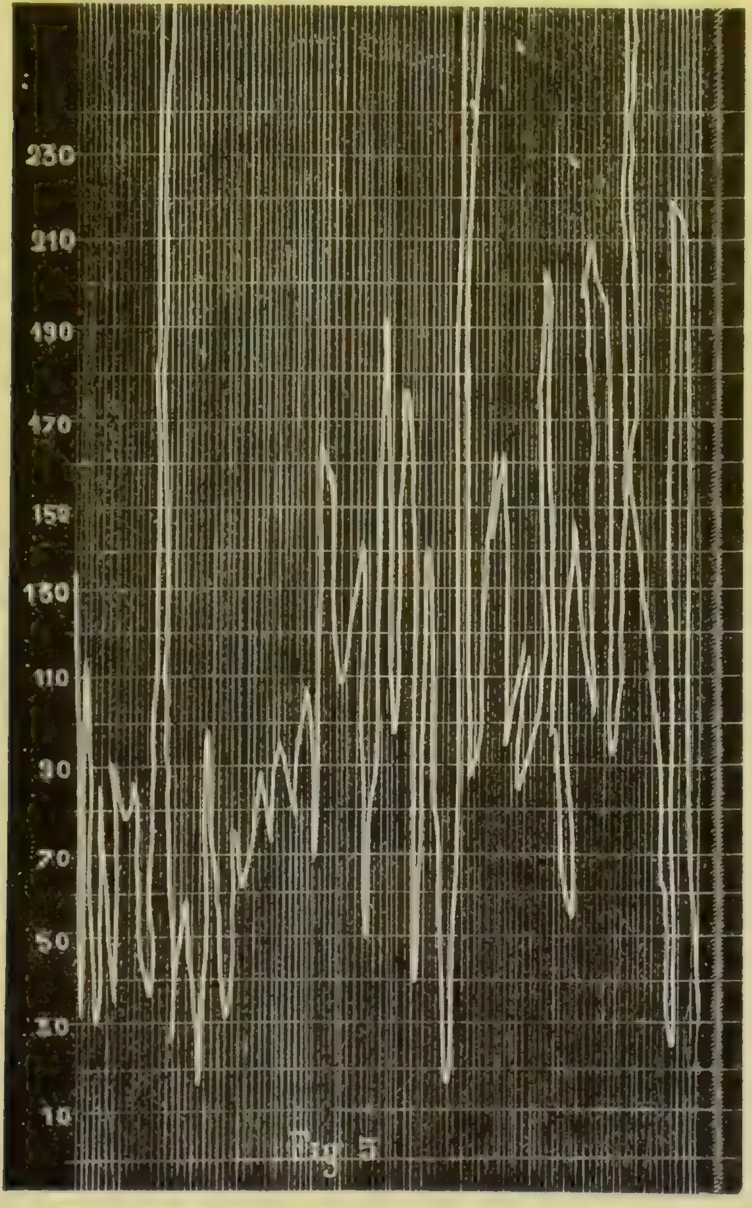



Fig. 5. — Courbe des temps de réaction simple à une excitation auditive obtenue chez une hystérique Cor. pendant 12 minutes une demi-heure après une attaque. Le sens de l'ouïe paraissait être normal.

malades. J'ai essayé d'obtenir la courbe des réactions à une excitation auditive chez une malade fort curieuse, Rachel, dont j'étudierai un jour l'histoire d'une manière plus détaillée. Cette jeune fille de 16 ans présente depuis l'âge de 9 ans une *surdité verbale* absolument complète, bien que tous les autres modes du langage

soient intacts. Je ne discute pas ici les caractères et l'interprétation de cette surdité verbale, je remarque seulement la forme de sa courbe de réaction à des excitations auditives. Cette courbe (fig. 6) est assez élevée (il ne faut pas tenir compte des premiers temps

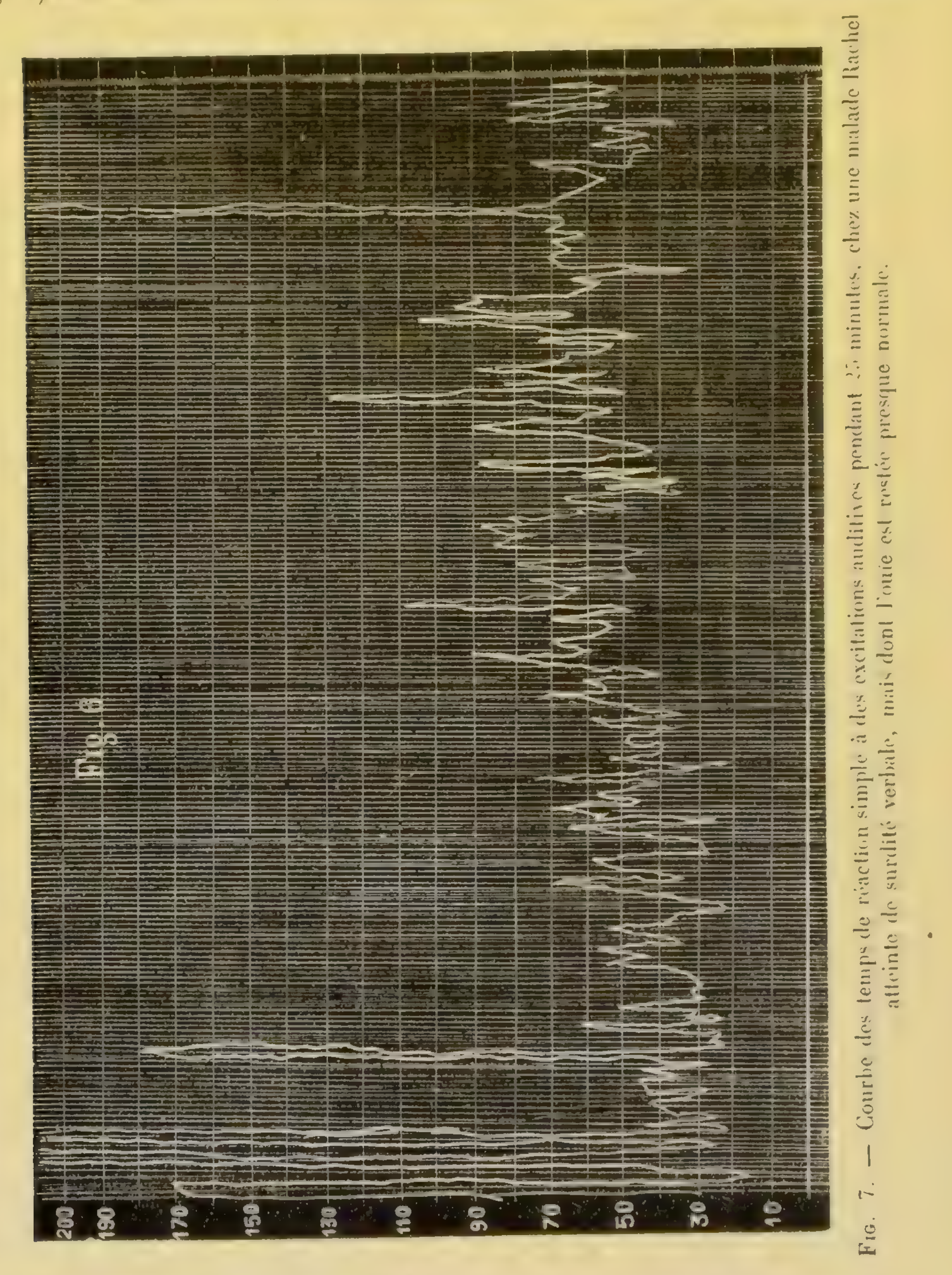



Fig. 7. — Courbe des temps de réaction simple à des excitations auditives pendant 25 minutes, chez une malade Rachel atteinte de surdité verbale, mais dont l'ouïe est restée presque normale.

de réaction pendant lesquels le sujet s'accoutume à l'appareil), la courbe est ensuite irrégulière quoique moins que dans les cas précédents. Mais elle monte très vite au bout de six à sept minutes et la moyenne s'élève à peu près à 65 centièmes de seconde, ce qui est énorme. Ne pourrait-on pas, tout en remarquant que cette malade

a conservé plus que les précédentes un certain degré d'attention, rapprocher cette élévation rapide de la courbe, cette fatigue de l'attention auditive de la surdité verbale[1]. Je ne fais que signaler le problème, espérant le reprendre plus tard dans une étude plus complète de cette malade.

Le même caractère est encore plus net dans la figure suivante (fig. 7), prise avec l'autre méthode (la mesure du temps au moyen du chronomètre de d'Arsonval et l'inscription de la courbe par points). Il s'agit des temps de réaction simple à une excitation tactile, chez une malade Bl., mélancolique simple, sans délire et déjà en voie d'amélioration. Les temps de réaction diminuent d'abord par l'adaptation du sujet à l'expérience, ils se maintiennent pendant 8 minutes très bas entre 7 et 17 centièmes de seconde, la moyenne dépasse rarement 15 et reste le plus souvent à 12 ; puis les caractères changent rapidement, les temps deviennent très irréguliers entre 15 et 80 ou même 85 et la moyenne monte à 30 et même à 50.

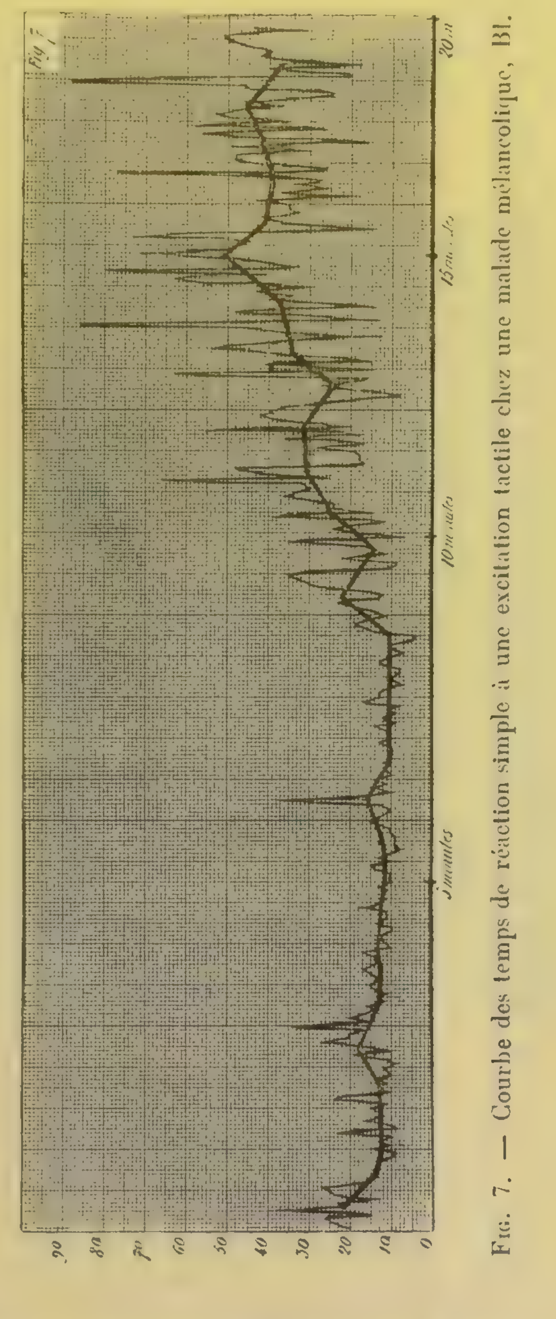



Fig. 7. — Courbe des temps de réaction simple à une excitation tactile chez une malade mélancolique, Bl.

On peut admettre au moins comme hypothèse provisoire que cette irrégularité et cette augmentation des moyennes après 10 minutes, correspond à la fatigue rapide de l'attention chez cette malade en convalescence d'une mélancolie grave. Le même fait se constate, plus exagéré peut-être, chez des malades neurasthéniques et hystériques : les oscillations des temps de l'attention

1. Voir dans le second volume de cet ouvrage, l'observation de cette malade et d'autres courbes de son attention auditive et tactile.

deviennent plus rapidement considérables, les temps tantôt sont de 20, tantôt de 100, et la moyenne s'élève à 70, et même chez une hystérique à 100 au bout de 12 minutes (fig. 8). Les dessins de ce genre correspondraient donc à des attentions faibles, faciles à fatiguer.

Dans tous ces cas il semble qu'il y ait un accord suffisamment net entre les caractères de la courbe et les caractères de l'attention du sujet tels qu'ils nous ont été révélés par d'autres méthodes.

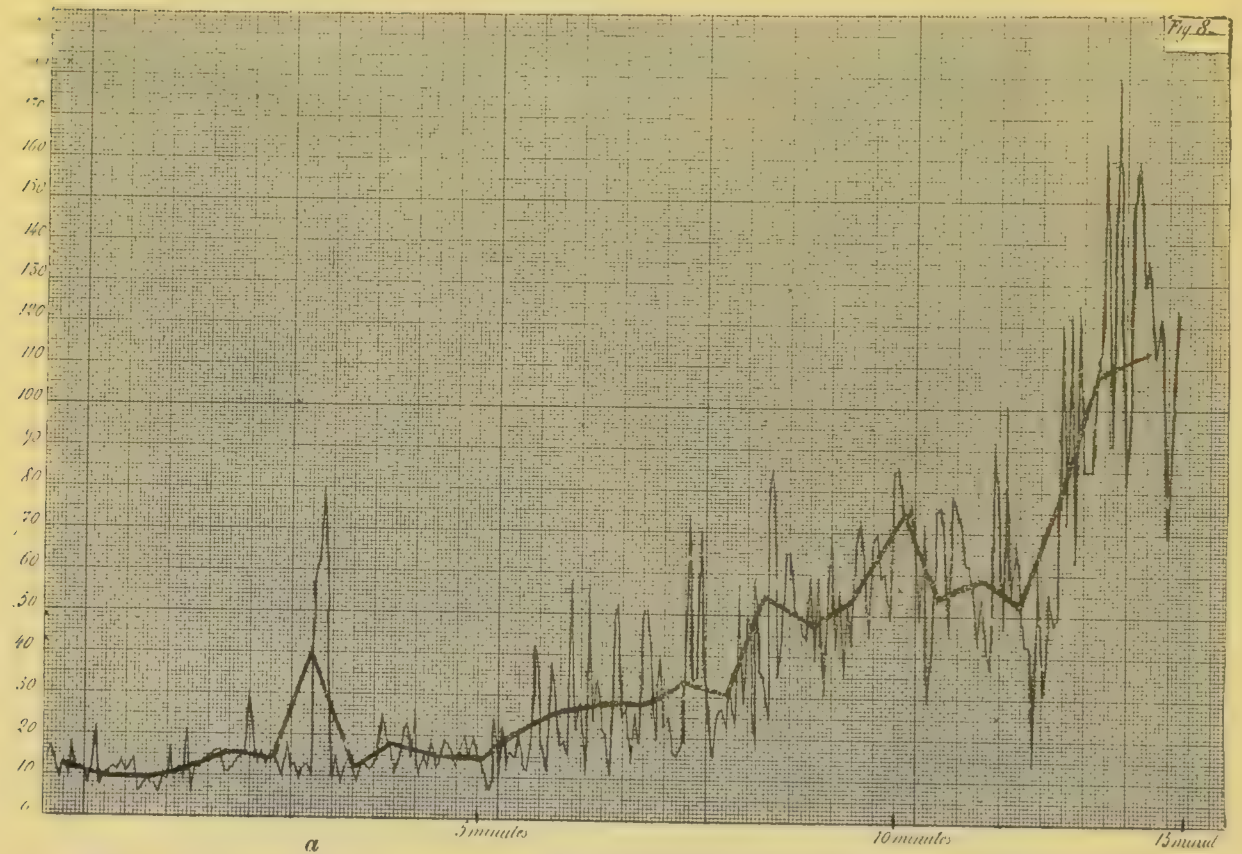



Fig. 8. — Courbe des temps de réaction simple à des excitations tactiles chez une malade hystérique.. Les excitations sont faites sur une région de sensibilité normale. En *a* ascension brusque de la courbe déterminée par une distraction en rapport avec un bruit dans la salle.

En présence de pareils résultats on comprend que plusieurs auteurs aient conclu à l'exactitude de cette mesure. C'est à cette conclusion que parviennent, je crois, MM. Victor Henri et Philippe dans leur mémoire que je n'ai malheureusement pu avoir à ma disposition sur les temps de réaction chez les hystériques [1]. La diminution de la sensibilité et de l'attention évidentes chez ces ma-

1. Philippe et Victor Henri. Recherches expérimentales sur l'influence de la distraction chez les hystériques. *Arch. du lab. de psychologie de la Sorbonne*, 1893.

lades s'accompagnait, comme dans les graphiques précédents, d'une augmentation marquée et d'une irrégularité manifeste des temps de réaction. Si je n'avais observé que des graphiques analogues aux précédents, je n'hésiterais pas à me ranger à cette opinion, et je serais heureux de trouver dans la courbe des temps de réaction un moyen commode et précis pour apprécier le développement de l'attention chez les malades.

## 5. — *Courbes paradoxales.*

Cette conclusion cependant me paraît un peu précipitée, car je ne tardais pas à observer un très grand nombre de graphiques d'une interprétation fort embarrassante. Je suis en particulier frappé par l'observation d'un graphique qui a été reproduit plusieurs fois dans des expériences répétées sur un malade, Pk. Il s'agit d'un homme de 28 ans, atteint de l'hystérie la plus grave, attaques, somnambulismes spontanés, délires se prolongeant pendant plusieurs jours et dans l'intervalle anesthésie tactile et musculaire presque complète sur la plus grande partie du corps, rétrécissement considérable du champ visuel, amnésie continue, obsessions et rêveries permanentes. Il est incapable non seulement de faire une petite opération arithmétique, mais même de comprendre ce qu'il lit. Je le crois tout à fait dénué d'attention et de synthèse mentale, bien plus en tous cas que les malades qui ont fourni les graphiques des figures 4, 5, 8, et je m'attendais à un graphique caractéristique. Il faut ajouter qu'il perçoit faiblement les signaux tactiles car les impressions sont déterminées sur une région du bras qui est fortement hypoesthésique. Eh bien, l'expérience, conduite comme je l'ai dit, au lieu d'être arrêtée par la fatigue du sujet au bout de 10 ou de 15 minutes, a pu être prolongée sans difficulté jusqu'à la 30e minute et n'a dû être arrêtée que par la fatigue de l'opérateur. Cet individu a réagi à des excitations tactiles tout à fait irrégulières (il s'agit ici de la 1re méthode) pendant ces 30 minutes 680 fois ; quels ont été les temps de réaction ? Ils ont été jusqu'à la fin d'une brièveté et d'une régularité étonnantes. Le graphique est trop long pour être reproduit ici en entier, la figure 9 n'en donne que la première partie pendant 15 minutes en A et la dernière partie, de la 25e à la 30e minute en B ; mais dans ces parties le graphique est à peu près identique, la courbe est plutôt

plus régulière et plus basse dans la dernière. On voit que le temps de réaction oscille de 10 à 20, qu'il dépasse rarement 25 et que la moyenne, qui est de 15, 17, ne dépasse pas une fois 20. Ces caractères s'observent d'ordinaire entre la 5e et la 10e minute,

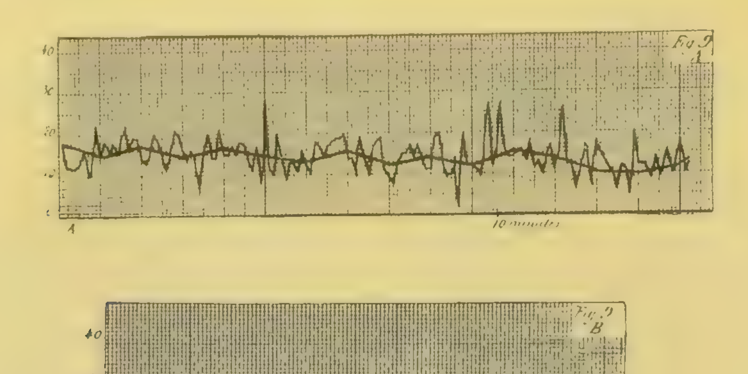


Fig. 9. — Courbe des temps de réaction simple à des excitations tactiles chez Pk. *A* commencement de la courbe pendant 15 minutes. *B* fin du graphique de la 25e à la 30e minute.

mais à la 30e minute ils sont surprenants, et, ne l'oublions pas, ce graphique a été obtenu chez un homme extrêmement malade et qui paraissait n'avoir aucune attention.

Ces graphiques *paradoxaux* s'observent à mon avis très fréquemment. Cam., une femme hystérique de 32 ans, est plongée depuis deux ans dans un état d'hébétude causée par un état émotif permanent en rapport avec une image obsédante de la mort de ses deux enfants. Elle a des hallucinations visuelles et auditives, voit ses enfants, des corbillards, des fossoyeurs, etc. Elle n'a pas, au moins au moment de l'expérience, d'anesthésies proprement dites, mais elle ne comprend pas ce qu'elle lit, répond mal aux questions, ne veut ou ne peut faire aucun travail. C'est à peine si elle m'a semblé comprendre ce que j'exigeais d'elle quand je l'ai approchée de l'appareil et cependant voici la courbe que j'obtiens en réponse à des excitations auditives pendant 13 minutes (fig. 10).

Autre exemple : Justine, cette femme de 40 ans, obsédée par l'idée du choléra et qui fait l'objet d'une des études de cet ouvrage, semble, comme on le verra, être un type d'aprosexique. J'ai même dû instituer une longue éducation pour lui rendre quelque faible degré d'attention que je jugeais indispensable pour lutter contre

ses idées fixes. En réagissant à des excitations tactiles faites sur une région sensible, elle présente après 30 minutes des maxima de 34 et une moyenne toujours inférieure à 20. Il en est de même pour B., hystérique présentant des attaques, des somnambulismes fréquents et, en apparence du moins, perpétuellement distraite, elle conserve jusqu'à 30 minutes une moyenne qui dépasse à peine 20 avec des oscillations très minimes. Si on ne pousse pas l'expérience

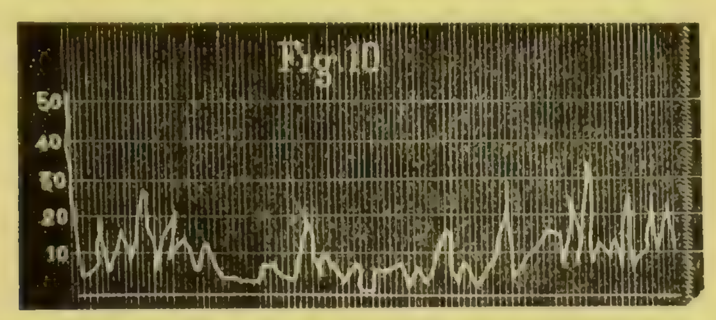



Fig. 10. — Courbe des temps de réaction simple à des excitations auditives chez Cam. pendant 13 minutes.

jusqu'à 30 minutes, ce qu'il ne m'a pas été possible de faire toujours, si on se borne à des graphiques de 10 et 15 minutes, on obtient souvent chez des sujets très malades des courbes tout à fait comparables à celles que j'ai données comme normales (fig. 2 et 3). J'ai recueilli un très grand nombre de graphiques de ce genre, que je nomme *paradoxaux*, une cinquantaine jusqu'à présent ; je ne puis les décrire, ni surtout les reproduire tous ici.

Je suis, je l'avoue, extrêmement embarrassé par ce paradoxe expérimental et j'en ai essayé diverses interprétations. Faut-il croire que je me suis trompé en appréciant le degré d'attention de ces malades et sont-ils en réalité fort capables d'un effort d'attention prolongé ? Il est difficile de l'admettre toujours en songeant à tous les faits qui démontrent leur rêverie perpétuelle, leur impuissance pour faire le moindre effort intellectuel.

D'ailleurs certains malades seraient à ce point de vue encore plus embarrassants, car tantôt ils nous fournissent des graphiques analogues à la figure 4 et tantôt ils nous donnent des graphiques semblables à celui de Pk. (fig. 9). Et ces différences peuvent survenir à un quart d'heure d'intervalle dans la même séance quand on opère de la même manière en déterminant les excitations tactiles au même endroit du corps, en enregistrant les réactions produites par la même main. Leur maladie de l'attention peut-elle disparaître et réapparaître aussi vite ?

Peut-être dans certains cas, s'agit-il d'un effort, d'une fixation momentanée et de la concentration passagère d'une attention faible sur un point déterminé : cela est quelquefois possible. Il me semble qu'il en est ainsi pour les graphiques obtenus avec Justine ; cette malade extrêmement disposée aux idées fixes, remarque elle-même qu'elle s'absorbe dans ce travail au point de ne plus rien voir, de ne plus rien entendre en dehors. En réalité elle devient anesthésique totale pendant l'expérience sauf au point excité et nous voyons là un fait analogue au rétrécissement du champ visuel par l'attention. Peut-on dire qu'il s'agisse là d'une véritable puissance de l'attention ? La mesure d'une attention qui se présente de cette manière demanderait au moins à être discutée. Mais cette explication même n'est pas admissible pour tous les sujets dont l'esprit ne se concentre aucunement sur l'expérience.

On peut se demander si ces différences dans les graphiques de l'attention ne s'expliquent pas par des modifications de l'état de conscience analogues au somnambulisme. Pk., par exemple, aurait été dans un état second, un somnambulisme pendant le graphique de la fig. 9. Je ne crois pas qu'il en ait été ainsi dans ce cas particulier, mais j'ai cherché à vérifier si l'état de somnambulisme modifiait nettement les graphiques et les rapprochait de la fig. 9.

Dans quelques cas, les sujets endormis sont moins distraits par les circonstances extérieures qu'ils ne l'étaient pendant la veille et le tracé est plus régulier. Mais le plus souvent cela dure peu, au bout de quelques minutes on observe chez ces malades même endormis les mêmes phénomènes de fatigue, et beaucoup de tracés, recueillis pendant le somnambulisme ont tout à fait le type des figures 4 et 5. Il est vrai que de temps en temps chez quelques malades on observe le type différent analogue à la figure 9 et 10, mais ce n'est pas la règle, et l'état de somnambulisme ne suffit pas pour les expliquer. Si les interprétations précédentes sont insuffisantes, il faut donc revenir à l'étude psychologique des sujets et chercher les phénomènes moraux qui accompagnent et déterminent l'une et l'autre forme de ces graphiques des temps de réaction.

## 6. — *La réaction automatique.*

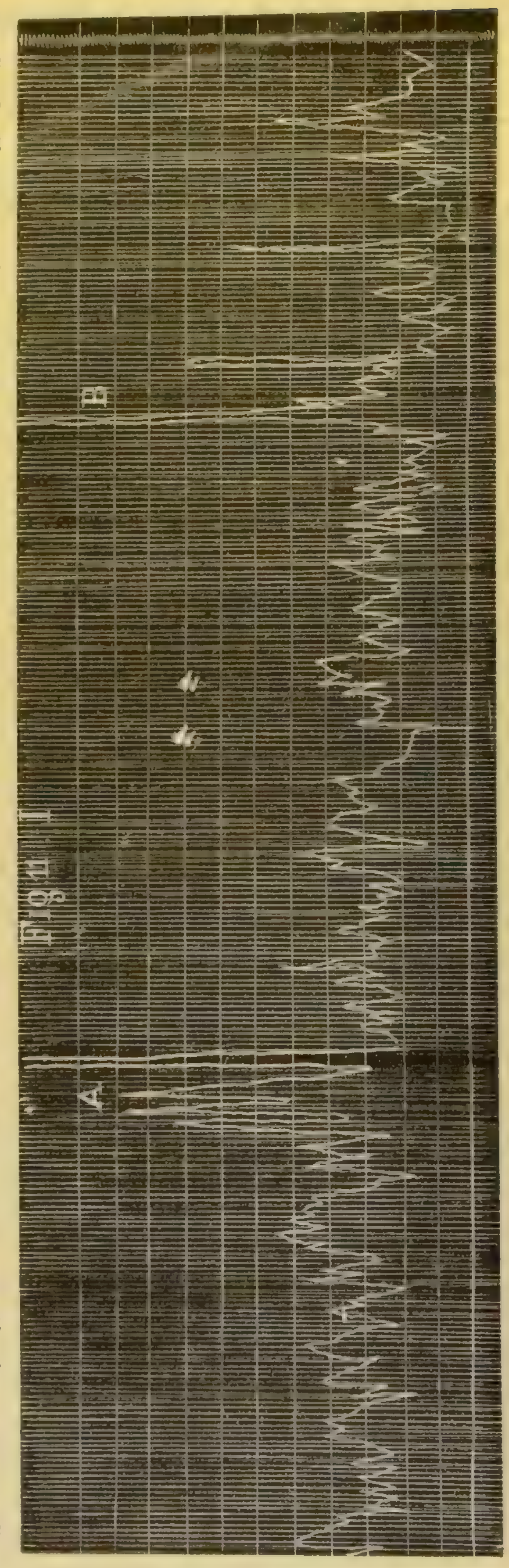
Si on observe l'attitude des sujets pendant l'expérience, on constate qu'ils sont loin de se comporter de la même manière.

Les uns semblent faire un travail pénible qui exige de l'effort, ils ont la figure rouge et contractée, ils se plaignent de temps en temps et à la fin ils poussent un soupir de soulagement ; les autres au contraire restent parfaitement calmes et indifférents et ne se plaignent de rien. Or, ce sont justement les premiers qui nous fournissent les graphiques avec ascension irrégulière au bout de quelques minutes et les seconds qui ont des graphiques parfaitement réguliers jusqu'à 30 minutes. Il semble que l'effort ne soit guère utile et que l'on réussisse mieux par l'indifférence.

On arrive à la même conclusion singulière en interrogeant les malades sur ce qu'ils éprouvent; les premiers, ceux dont le graphique est très mauvais, déclarent souvent qu'ils ont fait de leur mieux, « qu'ils ne peuvent pas faire mieux que cela », « qu'ils en ont mal à la tête », qu'ils sont restés préoccupés tout le temps par l'attente du signal. Les autres avouent que cela les a ennuyés et que malgré eux ils ont pensé à une foule d'autres choses.

Rien ne met mieux ce fait en évidence que l'expérience suivante faite dans des circonstances assez extraordinaires. Vk. est cette femme atteinte de délire religieux et d'attaques extatiques dont M. Raymond a décrit les contractures systématiques[1] et dont le pied stigmatisé est reproduit un peu plus loin. Cette malade, que nous considérons cependant comme une hystérique, ne présente absolument aucune anesthésie, elle conserve la sensibilité intacte même pendant les extases et même sur les régions du corps où se développent les stigmates. Elle est intelligente, capable d'une certaine attention et très désireuse de faire ce que je lui demande. Je prends avec l'appareil de Patrizzi la courbe de ses temps de réaction à des excitations auditives irrégulièrement espacées, à peu près 8 à 10 par minute. Le sujet est très docile et peut faire tous ses efforts pour fixer son attention sur le bruit du signal sans s'occuper d'autre chose. Mais, après un quart d'heure à peu près, je m'aperçois qu'un incident non prévu va probablement déranger l'expérience : Vk. commence une attaque d'extase, Les yeux se ferment à demi, la tête s'incline en arrière et la figure prend l'expression de béatitude. Cette disposition à l'extase persiste un certain temps sans s'accuser, mais peu à peu le corps se soulève sur la pointe des pieds, le bras gauche s'élève horizonta-

1. Prof. Raymond, *Leçons cliniques sur les maladies du système nerveux*, 2e série, 1897, p. 724. Paris, Doin.




lement. Vk. se dispose à prendre l'attitude de la crucifixion, qu'elle a souvent dans ses extases. Je suis frappé de voir que son bras droit ne se soulève pas autant qu'à l'ordinaire, car l'extrémité de l'index continue à toucher l'interrupteur. Cela n'a rien de surprenant, car dans ses extases elle est cataleptique et l'on peut déranger les bras de la position de crucifixion et les mettre dans une autre attitude qu'ils conservent. Cette conservation partielle de l'attitude convenable pour l'expérience permet à Vk. de continuer à appuyer sur l'interrupteur à chaque signal, si bien que, malgré l'extase complète, le graphique continue à s'inscrire. J'ai pu continuer cette expérience au moins bizarre qui consistait à prendre régulièrement les temps de réaction pendant la grande extase religieuse et cette séance a pu se prolonger pendant deux heures et demie. A ce moment le sujet a commencé à se réveiller spontanément et assez vite ; mais par un étonnant respect de ses engagements il a continué pendant le réveil et après le réveil à répondre aux signaux, si bien que j'ai pu voir un graphique complet pris avant, pendant et après l'extase.

L'inscription du graphique n'a été suspendue que quelques minutes pendant le temps nécessaire pour le changement du cylindre,

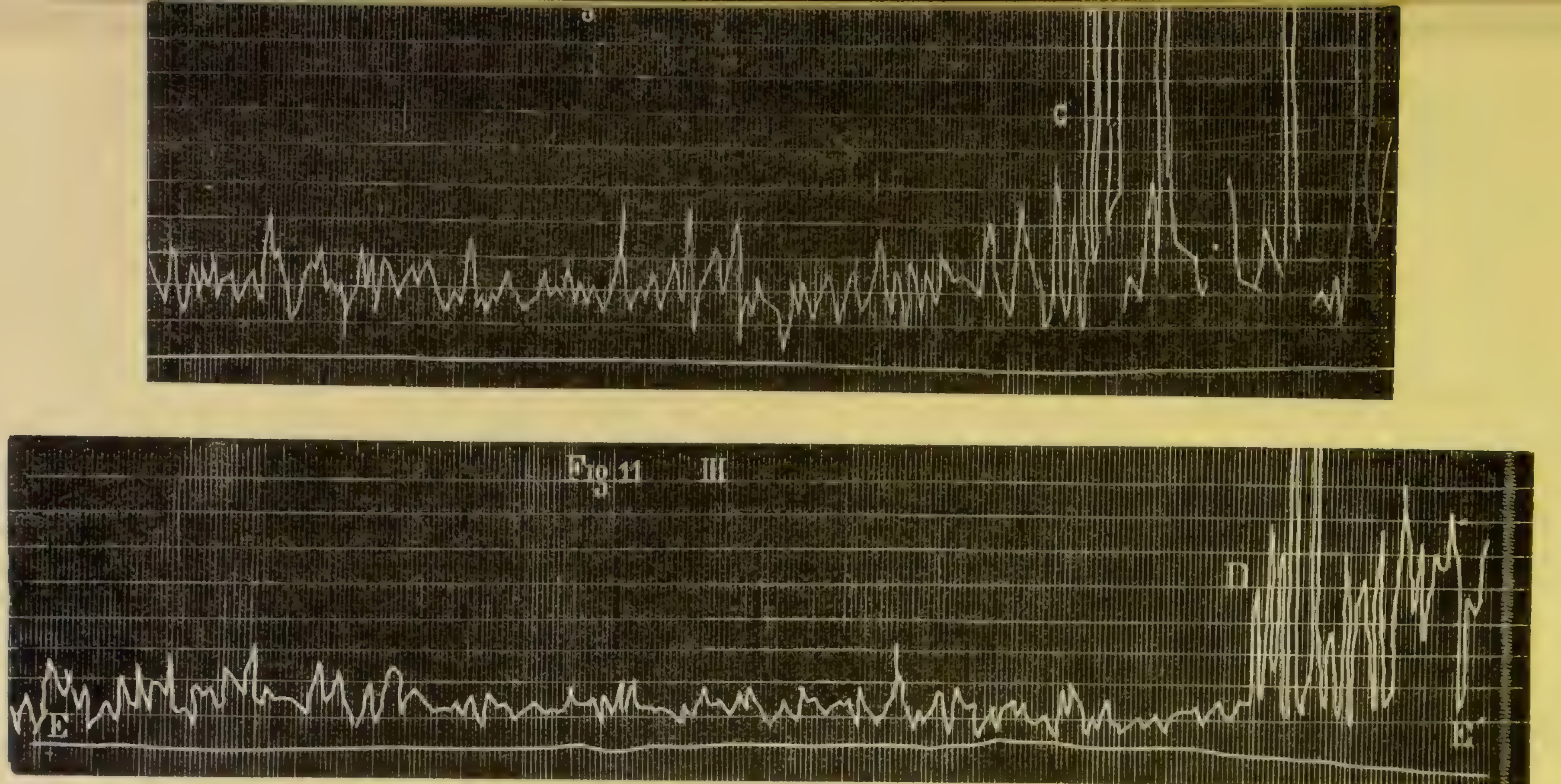



Fig. 11. — Trois fragments du graphique des temps de réaction simple à des excitations auditives chez Vk. Le graphique tout entier que je ne puis reproduire ici à cause de sa longueur a une durée de deux heures et demie, les fragments en reproduisent la plus grande partie aux moments les plus intéressants ; le fragment I d'une durée de 33 minutes représente le début de l'expérience, le sujet est dans son état de veille habituelle, en A et B distractions déterminées par des bruits dans la salle. Le fragment II d'une durée de 30 minutes représente le début de l'état extatique en C période où la courbe devient irrégulière et présente des interruptions, le sujet se lève de la chaise où il est assis et prend l'attitude de la crucifixion. Le fragment III d'une durée de 35 minutes présente la courbe des temps de réaction pendant l'extase complète, le sujet reste immobile dans l'attitude de la crucifixion et continue cependant à réagir régulièrement ; en D réveil, les réactions deviennent aussitôt très irrégulières.

le papier ayant été rempli trois fois. On voit le résultat de cette expérience dans la figure 11. Le graphique était trop long pour être reproduit en entier, ce qui serait sans intérêt, car il conserve longtemps les mêmes caractères. Je n'en donne que 3 fragments caractéristiques. Le premier 1 de la figure 11 a été inscrit pendant l'état de veille, complète au début, incomplète à la fin. La courbe est loin d'être parfaite, sans offrir les grandes irrégularités des figures 4 et 5. Elle reste en général entre 20 et 40 centièmes de seconde, on note en A et en B de grandes irrégularités et même deux interruptions de la courbe; elles correspondent nettement à des distractions du sujet déterminées par des bruits qui se font dans la salle. Pendant que s'inscrit le fragment II, le sujet n'est plus dans son état normal ou du moins dans son état habituel, il a l'expression extatique et est évidemment envahi par des pensées religieuses que nous verrons plus loin. Le graphique est cependant plus régulier et plus bas, il reste longtemps autour de 20 centièmes de seconde. En C l'extase se développe complètement, le sujet se soulève, étend les bras en croix en laissant, comme on l'a vu, l'index droit en contact avec l'interrupteur; pendant ces mouvements les réactions sont très irrégulières et souvent interrompues. Mais l'extase est maintenant complète, le sujet ne bouge plus et nous obtenons le graphique III. La ligne est bien abaissée, elle est entre 10 et 20, et souvent au-dessous de 10. Mais on admirera surtout son étonnante régularité qui serait encore plus grande si l'inscription des signaux en EE' avait été plus correcte; on remarquera aussi que le sujet n'a plus une distraction quoique j'aie fait exprès de grands bruits dans la salle, quoique je l'aie pincé à plusieurs reprises. Le point D correspond à l'instant du réveil et, quoique le sujet reprenne conscience et continue à vouloir obéir, les réactions deviennent immédiatement très irrégulières et très élevées.

Eh bien, est-il vraisemblable que Vk., pendant la crise d'extase, quand elle lève au ciel une figure pleine de béatitude, quand elle prend l'attitude de la crucifixion, apporte à mes signaux une plus grande attention qu'au moment où elle est bien tranquillement assise sur un fauteuil ne pensant qu'à les écouter ?

D'ailleurs elle se souvient en partie de ses extases et elle nous raconte les jouissances ineffables qu'elle vient d'éprouver. Au début de l'extase pendant le graphique II (fig. 11), comme je m'en doutais bien, elle s'est sentie envahie par les sentiments religieux : « J'ai

senti une douceur ineffable sur mes lèvres, bientôt elles se sont collées : l'engourdissement est venu dans les membres, mais cet engourdissement est plein de douceur. C'est une volupté suave qui se répand partout et me fait comme nager dans une atmosphère de délices... » Puis dans l'extase complète en III (fig. 11) : « J'ai vu, dit-elle, le Saint-Sacrement, dans une lumière, un éclat, un rayonnement comme jamais on n'en voit et cela me pénétrait tout entière de sentiments inexprimables. Une voix intérieure m'a fait comprendre que par la communion je portais Jésus en moi et que j'étais comme un ostensoir vivant. » Mais je n'étudie pas ici les extases de cette malade, le phénomène est trop beau pour être décrit incidemment, je rappelle seulement que pendant cette extase elle a fait une longue méditation[1], non sans valeur philosophique et poétique sur l'union de l'âme avec Dieu. Je remarque aussi qu'elle en garde le souvenir et qu'elle se souvient également des bruits dans la salle et des pincements faits à ses bras. Quand je l'interroge sur le point qui nous préoccupe, son attention aux signaux et aux mouvements, elle me répond : « Je crois avoir toujours appuyé sur l'appareil comme vous me le demandiez, le bon Dieu a dû diriger ma main pour qu'elle puisse vous obéir, car pour moi je ne pouvais plus y faire attention. »

En présence de ces faits qui ont une certaine netteté, je fus amené à penser que la perfection de la courbe pouvait bien ne pas être toujours due à l'attention mais dépendre souvent de l'absence d'attention et n'exprimer que la perfection de l'automatisme. C'est pour la vérifier que j'ai fait les expériences suivantes chez deux sujets que je savais présenter nettement des actions automatiques subconscientes.

Qe. est une jeune femme de 28 ans, atteinte d'hystérie fort grave, qui m'a déjà présenté des phénomènes d'écriture automatique. J'essaye de prendre son graphique de deux manières différentes. Tout est disposé de la même manière dans les deux cas, les signaux tactiles sont les mêmes, écartés de la même manière, appliqués de la même façon sur le même point du bras droit

1. Je ne discute pas ici la nature de la pensée pendant l'extase, il est fort douteux que Vk. ait pendant l'extase des pensées nettes comme celles qu'elle exprime à son réveil ; il suffit pour la discussion présente de constater que pendant l'extase elle a eu d'autres pensées que celles des signaux.

qui a conservé une sensibilité normale, l'inscription est identique. Mais dans le premier cas je la priais de faire attention au signal et dans le second cas je l'autorisais à rêver ce qu'elle voudrait. Le premier résultat le plus apparent c'est que dans le premier cas la malade se fatiguait vite et ne continuait qu'en se plaignant, ou s'arrêtait rapidement ; dans le second cas au contraire elle n'éprouvait aucune fatigue, ne se plaignait de rien et continuait l'expérience aussi longtemps qu'on le voulait. Les mouvements étaient accomplis dans les deux cas, mais dans le premier le sujet en avait pleine conscience et se souvenait de les avoir faits aussi vite que possible : dans le second le

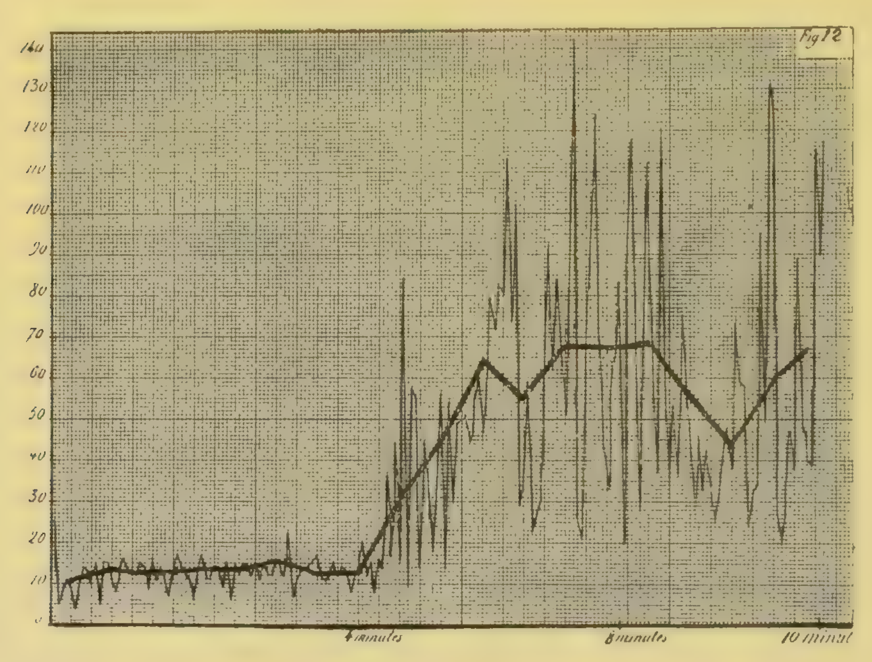



Fig. 12. — Courbe des temps de réaction à des excitations tactiles avec effort d'attention consciente chez Qe.

sujet ne savait pas ce qu'il avait fait et ne se souvenait d'aucun mouvement ni d'aucun effort. Après la seconde expérience qui avait duré 15 minutes, pendant laquelle elle avait fait 330 mouvements de réaction, Qe. me demandait pourquoi je lui avais laissé l'appareil dans la main et pourquoi elle sentait sa main fatiguée. En un mot dans le premier cas les mouvements étaient conscients, dans le second cas ils ne l'étaient pas ou du moins rentraient dans ce vaste groupe des phénomènes subconscients dont j'ai souvent indiqué l'importance chez les malades hystériques.

En outre les graphiques sont bien différents dans les deux cas.

Le premier (fig. 12) obtenu avec le maximum d'attention consciente est tout à fait un graphique de forme hystérique entièrement analogue à la figure 8. Les temps de réaction très courts et très réguliers pendant 4 minutes deviennent très grands, très irréguliers, oscillent de 20 à 140 centièmes de seconde pendant les six dernières minutes; la moyenne au-dessous de 15 pendant 4 minutes

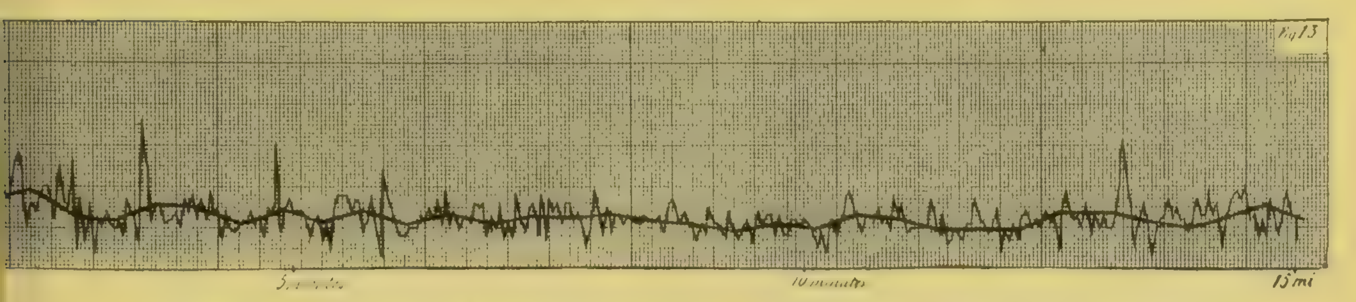


Fig. 13. — Courbe des temps de réaction à des excitations tactiles chez Qe, les mouvements sont exécutés d'une manière subconsciente.

monte à 60 et 70 à la fin. Au contraire, dans le second graphique (fig. 13), les temps de réaction qui débutent près de 20 arrivent rapidement à 10 et oscillent à peine entre 9 et 17; la moyenne se

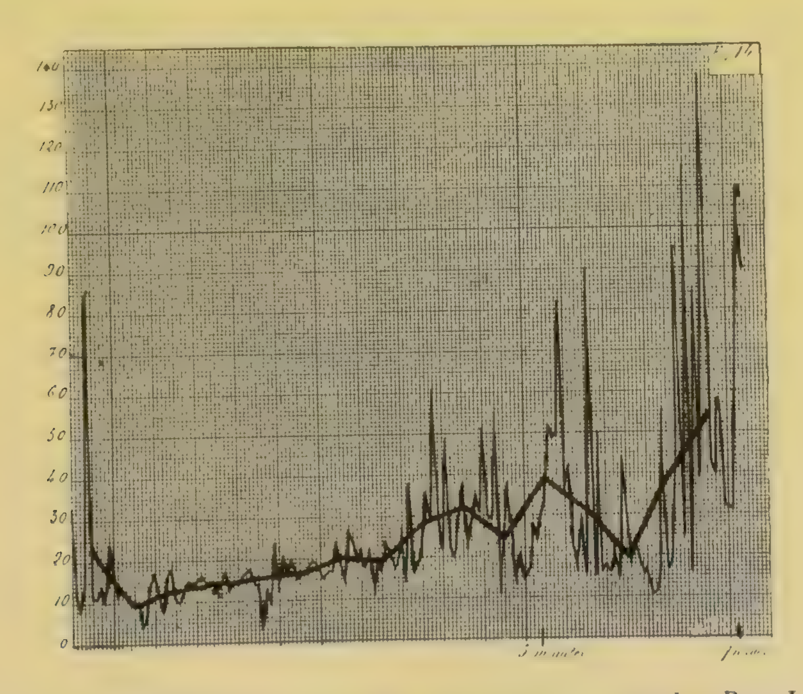


Fig. 14. — Courbe des temps de réaction à des excitations tactiles chez Rou. Les excitations et les mouvements ont lieu du côté sensible.

maintient pendant 15 minutes au-dessous de 15. N'est-ce pas un graphique entièrement différent du précédent, et ce graphique des temps les plus brefs et les plus réguliers a été obtenu non

seulement pendant la distraction complète du sujet, mais à son insu pendant une période de subconscience.

Le même fait peut se démontrer encore en répétant cette même expérience d'une manière peut-être plus saisissante. Le malade Rou. est sensible du côté gauche mais anesthésique du côte droit, cette anesthésie hystérique, comme je l'ai montré dès 1886 et 1887, laisse subsister très souvent des sensations et des mouvements subconscients, on peut donc répéter notre expérience en faisant d'abord des excitations sur le bras gauche, tandis que les mouvements de réaction se font de la même main gauche, puis en déterminent les excitations et les mouvements à droite du côté anesthésique. On obtient ainsi deux graphiques (fig. 14 et fig. 15) qui sont tout à

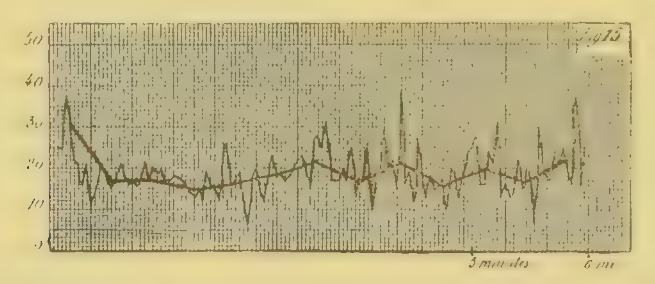


Fig. 15. — Courbe des temps de réaction à des excitations tactiles chez Rou. Les excitations et les mouvements ont lieu du côté anesthésique.

fait semblables, le premier à la figure 12, le second à la figure 13. Ici encore les sensations non senties consciemment ont donné lieu à des réactions plus courtes et plus régulières que les sensations perçues avec attention consciente.

On pourrait rapprocher tous ces faits de la remarque intéressante qui a été faite par Ludwig Lange. Cet auteur a montré que dans certains cas au moins les réactions sont plus longues quand le sujet fait attention au signal et moins longues quand la pensée ne se dirige que sur la réaction motrice. Cette comparaison est d'autant plus juste que M. Lange, si je ne me trompe, considère la première réaction dite sensorielle comme plus volontaire et la seconde comme plus analogue à un réflexe cérébral. Cependant cette remarque ne s'applique qu'en partie aux faits précédents : il est vrai que dans les premiers graphiques, les plus irréguliers, les sujets font attention au signal, mais je crois que dans les seconds, les plus réguliers, nos malades vont plus loin que les sujets de M. Lange et ne font attention à rien du tout.

On pourrait expliquer un peu mieux certaines de ces courbes paradoxales, celles qui ont été obtenues en déterminant des impressions soit sur des régions de la peau fortement hypoesthésiques, comme le graphique (figure 9) soit sur des régions tout à fait anesthésiques comme la figure 15. Je dirais que dans ces cas les muscles du bras qui exécutent les réactions sont très anesthésiés et que la conscience ne perçoit plus les sensations de fatigue qui accompagnent leurs mouvements. Ce serait l'absence de cette sensation de fatigue qui permettrait au sujet de continuer indéfiniment l'opération en conservent des réactions aussi brèves. On pourrait rapprocher cette expérience d'un fait curieux autrefois signalé par Charcot et Paul Richer et que j'ai vérifié maintes fois. Si on prend le graphique de la respiration et en même temps celui des mouvements du bras chez un sujet qui tient un bras levé en l'air, on constate rapidement que sous l'influence de la fatigue, la respiration s'accélère, tandis que le bras se met à trembler. Au contraire, le même graphique obtenu chez un sujet qui a de l'anesthésie musculaire et qui présente des phénomènes cataleptiques ne montre ni troubles de la respiration, ni tremblement. La suppression de la sensation de fatigue a enlevé les avertissements qui déterminaient les modifications de la respiration et a permis de conserver indéfiniment la courbe du début. Cette explication renferme une partie de la vérité. Il est certain que, au moins au bout d'un certain temps, la sensation de fatigue musculaire gêne un peu les sujets et qu'il est plus facile de répondre correctement, si on peut ne pas s'en préoccuper. D'autre part cette explication nous fait déjà remarquer une chose essentielle, c'est que ces deux courbes que nous comparons, quoique prises dans des conditions identiques en apparence, ne sont pas complètement comparables. L'opération que doit faire le sujet est plus simple dans l'un des cas que dans l'autre, puisque dans l'un des cas il y a un élément de moins qui est la sensation de fatigue musculaire.

Il reste à voir si cette différence dans les deux opérations, cette simplification de l'une d'entre elles tient uniquement dans tous les cas à cette disparition de la seule sensation de fatigue. En premier lieu toutes les courbes paradoxales n'ont pas été obtenues sur des anesthésiques : les figures 10, 11, 13 sont le résultat d'impressions faites sur des membres sensibles même à la fatigue. Qe. après et pendant l'expérience, qui a fourni la figure 13,

me disait : « Je sens depuis un moment que ma main et mes doigts sont fatigués et je ne sais pas pourquoi. » En second lieu, quiconque aura essayé lui-même de se prêter à cette expérience remarquera que la fatigue du bras qui réagit est fort peu de chose à côté d'une fatigue que l'on ressent dans la tête et qui résulte des efforts que l'on fait pour maintenir l'attention dans une même direction. Il entre dans ces efforts des mouvements musculaires, soit ; mais ces mouvements ne sont plus limités au bras anesthésique et la fatigue qu'ils déterminent pourrait fort bien être sentie par le sujet. Enfin, quand la courbe s'élève et devient irrégulière chez les individus normaux, je ne crois pas que cette modification soit uniquement due à la *sensation* de la fatigue, elle est due surtout à la *fatigue* elle-même qui nous rend incapables d'exécuter une opération compliquée. Si nos malades anesthésiques et surtout distraits continuent à l'exécuter correctement, ce n'est qu'en partie parce qu'ils ne sentent pas la fatigue, c'est surtout parce que cette fatigue elle-même ne se produit pas chez eux. C'est en un mot parce que l'opération reste chez eux plus simple, plus facile, et par conséquent moins fatigante que chez les autres.

Ce fait s'explique à mon avis simplement si on se souvient des remarques analogues qui ont été faites bien souvent sur les phénomènes automatiques. J'ai déjà à bien des reprises insisté sur la facilité et la rapidité des mouvements automatiques par opposition à la difficulté et à la lenteur des mouvements volontaires[1]. M. Onanof a montré aussi que dans bien des cas le temps de réaction des mouvements subconscients, consécutif à des excitations déterminées sur des régions anesthésiques, pouvait être plus court que celui des mouvements conscients à la suite d'excitations réellement senties[2]. Cet auteur remarque le fait à propos d'un petit nombre de temps de réaction pris isolement et dans lesquels l'absence de la sensation de fatigue n'a pu jouer aucun rôle. Cette observation ne contredit pas du tout la remarque plus connue, c'est que les temps de réaction sont allongés par la diminution de la sensibilité, comme le montrèrent autrefois

1. Voir en particulier l'observation d'une aboulique Marcelle, *Revue philosophique*, 1891, et dans le chapitre précédent et *Stigmates mentaux des hystériques*, p 164.
2. Onanof, *Archives de neurologie*, 1890, p. 372.

MM. Binet et Féré[1]; il s'agit de deux faits différents. Le temps de la réaction consciente et attentive est allongé et le temps de la réaction subconsciente est diminué. Je crois que les graphiques obtenus par la méthode précédente mettent encore mieux le fait en évidence, mais ils ne font que préciser une description sur laquelle j'avais insisté dès mes premières études sur l'automatisme.

Non seulement ce fait rentre dans une classe de phénomènes connus, mais encore il peut s'expliquer par les mêmes remarques que je faisais autrefois, par les idées que j'ai souvent exprimées sur la nature de la conscience personnelle. La réaction consciente dans laquelle le sujet peut dire : « J'ai senti tel contact et c'est moi qui fait tel mouvement » n'est pas en réalité, malgré les apparences, une réaction *simple*, les phénomènes psychologiques de sensation et d'image musculaire se compliquent par l'adjonction de la pensée du moi qui est une pensée fort complexe. Il n'est pas surprenant que chez des sujets dont la force nerveuse est épuisée, chez qui les phénomènes psychologiques supérieurs sont particulièrement difficiles, ce phénomène ne puisse se répéter souvent et rapidement sans une fatigue qui se manifeste par l'accroissement des temps de réaction. La véritable réaction simple, c'est la réaction subconsciente où les phénomènes psychologiques, sensation et image kinesthésique sont réduits au minimum et isolés et il n'est pas surprenant de voir dans ce cas la réaction plus courte et plus régulière que dans le cas précédent. Ces faits rentrent en somme dans la théorie bien connue des réactions complexes toujours plus longues que les réactions simples.

## CONCLUSION

Il n'en est pas moins vrai que ces remarques diminuent notre confiance dans la mesure de l'attention par les temps de réaction. En effet, quand nous voulons mesurer l'attention, c'est, comme je le disais au début, que nous avons besoin d'apprécier un des phénomènes supérieurs de l'intelligence, dont la puissance de synthèse mentale est un des aspects principaux. Or un mouve-

1. *Revue philosophique*, 1889, II, 38, et II, 482.

ment de réaction peut évidemment être en rapport avec ces phénomènes supérieurs, il en est ainsi de tout mouvement même le plus simple. Mais il n'en est pas nécessairement ainsi et le mouvement de réaction peut aussi être en rapport avec des phénomènes psychologiques infiniment plus simples. Aussi la courbe des temps de réaction peut-elle être équivoque car elle peut avoir deux ou plusieurs significations, ce qui n'est guère le caractère d'une bonne mesure.

Au lieu d'accepter simplement la mesure que le graphique nous donne, nous sommes forcés de l'interpréter. Il nous faut supposer, par exemple, d'après l'attitude du sujet et d'après l'irrégularité du tracé que le graphique 5 exprime réellement l'effort d'attention consciente, au contraire, nous soupçonnons que les mouvements ont dû être subconscients dans le graphique 9, ce qui expliquerait sa perfection. Mais dans bien des cas il nous est fort difficile de savoir de quelles manières ont été faites les réactions, il est même fort probable que les deux sortes de réactions se sont plus ou moins mélangées au cours d'une expérience. Dans plusieurs de mes graphiques j'observe sur une partie de la courbe des caractères analogues à ceux de la figure 9, tandis que, à côté et même auparavant, on observe les caractères de la fatigue qui accompagne chez ces malades l'attention consciente. Voici comment s'exprime un sujet après une expérience qui a duré 30 minutes : « J'ai bien essayé de faire attention tout le temps comme vous me le demandiez, mais je n'ai pas pu, il me prenait des engourdissements et j'ai rêvé à une foule de choses assez vagues. Mais cela ne fait rien puisque je serrais tout de même ; au contraire quand je faisais attention je m'embrouillais, quand je ne faisais pas attention cela marchait tout seul et je n'étais pas fatigué du tout. » Son graphique serait curieux à analyser à ce point de vue, car mon interprétation, si elle était vraie, aurait un résultat inattendu. C'est de nous faire considérer comme le résultat de l'attention consciente certaines parties de ces graphiques où la courbe est élevée et le temps de réaction irrégulier, et au contraire de nous faire considérer comme le résultat de l'automatisme, de l'absence d'attention certaines réactions qui sont particulièrement brèves. Sans doute je suis loin de penser qu'il faille transformer cette remarque en règle générale. La loi exprimée par Wundt d'après laquelle l'attention abrège le temps de réaction reste vraie. Mais il suffit que d'autres circonstances, et en particulier l'activité automatique,

puissent également produire le même résultat pour rendre bien arbitaire une mesure de l'attention par le calcul des temps de réaction.

En résumé, l'étude des temps de réaction disposée de la manière que j'ai indiquée nous donne des graphiques intéressants qui fournissent certains renseignements précieux sur l'état d'esprit des sujets, qu'ils soient malades ou considérés comme normaux. Mais ces graphiques ne nous donnent pas immédiatement et mécaniquement une mesure de la puissance de l'attention. Ils ont besoin d'être interprétés et discutés en tenant compte de tous les autres renseignements que nous fournissent d'autres expériences. Il faut se défier d'un danger que nous signalons et dont différents auteurs qui ont étudié les temps de réaction ne me semblent pas s'être préoccupés suffisamment. C'est que les petits mouvements simples en rapport avec une excitation peuvent très facilement devenir des mouvements automatiques, tout à fait subconscients. On semble croire que ce danger n'existe que dans un cas quand les excitations sont ryhtmées, il n'en est rien, ce caractère peut se présenter pour n'importe quelles excitations. En mesurant les temps de réaction, on a plus souvent qu'on ne le croit mesuré des phénomènes automatiques.

En faisant cette remarque dans un précédent travail sur l'attention [1] j'ajoutais que l'attention ne doit pas, à mon avis, être confondue avec ces phénomènes automatiques dont elle serait plutôt l'opposé. L'attention ne se borne pas à maintenir une image présente dans l'esprit, mais elle travaille encore à combiner cette image avec les autres, à constituer des synthèses qui deviendront plus tard le point de départ d'un nouvel automatisme. Cette conception de l'attention que j'avais soutenue dans mon travail sur l'automatisme psychologique, 1889, me semble avoir été confirmée par quelques-unes de mes études sur les abouliques, elle rend difficile la mesure mécanique de l'attention par un procédé unique. Les méthodes élégantes et mathématiques ne sont pas toujours les plus sûres en psychologie. C'est ce que M. Sante de Sanctis a bien compris, quand il demande tout un ensemble d'expériences portant sur différents aspects ou différentes parties

1. Pierre Janet, article « Attention » dans le *Dictionnaire de physiologie* de Ch. Richet, 1895, t. I, p. 835. Paris, F. Alcan.

de l'attention[1]. Cette mesure sera peu à peu décomposée et on étudiera isolément chacune des opérations ou des fonctions qui contribuent à former ce que nous appelons d'une manière beaucoup trop vague l'attention.

En attendant que les règles de cette analyse soient bien formulées, il sera pendant longtemps impossible de se passer de l'observation précise des actes, de la conduite et des paroles du sujet. Car, seule, cette observation peut éclairer les résultats fournis par les méthodes les plus précises.

1. Sante de Sanctis, *Lo studio sperimentale dell' attenzione*. Roma, 1895, p. 6.

# CHAPITRE III

## L'AMNÉSIE CONTINUE [1]

1. Les observations. — 2. Analyse des caractères psychologiques. — 3. Tentative d'interprétation. — 4. Pathogénie. Rôle de l'idée fixe, influence dissociante de l'émotion. — 5. Traitement et évolution de la maladie.

La mémoire joue un rôle tout à fait capital dans le fonctionnement de l'esprit et ses moindres altérations ont de graves conséquences pathologiques. Il faut pousser aussi loin que possible l'étude de ces altérations élémentaires des phénomènes psychologiques pour arriver à pénétrer un jour le mécanisme des aliénations complexes. Beaucoup de troubles de la mémoire sont déjà bien connus, mais il s'en révèle tous les jours des nouveaux qui nous forcent à élargir les descriptions anciennes. C'est une de ces maladies particulières encore peu connue de la mémoire que je désire étudier. J'ai eu depuis plusieurs années l'occasion d'en observer de nombreux exemples et récemment dans le service de mon regretté maître Charcot, j'ai pu en examiner un cas remarquable ; cette observation tout à fait typique doit à mon avis éclaircir les autres et nous instruire sur plusieurs lois de la mémoire.

Ordinairement, on entend par amnésie (ἀ, μνῆσις) l'oubli, la perte d'un souvenir qui a réellement existé, que l'on possédait auparavant. Une hystérique, par exemple, possède, si on l'interroge, le souvenir de ce qu'elle vient de faire, ceux de la veille et des jours précédents. Survient une attaque, après laquelle la malade a complètement oublié les trois mois précédents. C'est là une amnésie proprement dite, car elle supprime des souvenirs qui existaient

1. Cette étude a fait l'objet d'une communication au Congrès de psychologie expérimentale, réuni à Londres, le 1er août 1892, et a été publiée dans la *Revue générale des sciences*, du 30 mars 1893, p. 167-179. Je n'ajoute ici que quelques détails relatifs à l'évolution de la maladie dans le cas le plus intéressant, celui de Mme D.

auparavant. De telles amnésies peuvent porter, comme on sait, sur diverses catégories de souvenirs[1] ; elles peuvent être *systématisées*, quand elles enlèvent, non pas tous les souvenirs d'une période, mais un système de souvenirs, tous les souvenirs qui se rattachent à une personne, ou tous les souvenirs de la langue anglaise, par exemple ; elles peuvent être *localisées* quand elles suppriment tous les souvenirs d'une certaine époque de la vie, ou même *générales*, quand le sujet reste sans aucun souvenir de sa vie antérieure et qu'il doit recommencer toute son éducation. Mais, dans ces diverses catégories, le caractère est toujours le même, le trouble porte sur des phénomènes qui se sont déjà manifestés en tant que souvenirs, c'est la perte de souvenirs que l'on a possédés autrefois. La mémoire actuelle, c'est-à-dire la faculté d'acquérir de nouveaux souvenirs, n'était pas troublée autrefois puisqu'elle a pu acquérir ces souvenirs qui ont été exprimés souvent avant le moment où ils ont été perdus et même elle n'est pas troublée actuellement puisqu'elle travaille à la rééducation du sujet.

Nous croyons qu'il existe une autre maladie de la mémoire, tout à fait différente, et beaucoup plus grave. Au lieu de perdre quelques-uns des souvenirs anciens, les malades deviennent, à partir d'un certain moment, *incapables d'acquérir de nouveaux souvenirs*. Ils semblent avoir perdu, non pas les résultats de la mémoire, mais la faculté même de la mémoire. Bien entendu, il ne s'agit pas d'une absence ou d'une faiblesse congénitale de la mémoire chez les individus peu intelligents. Il s'agit d'une perte rapide et momentanée de cette faculté chez des personnes qui la possédaient à un haut degré pendant le reste de leur vie. Ces suppressions de fonctions sont, à notre avis, de véritables expériences naturelles de psychologie. De même que les insensibilités et les aboulies nous ont beaucoup instruits sur les mécanismes de la sensation et de la volonté, de même l'étude de ces destructions de la faculté de mémoire nous apprendront quelque chose sur la mémoire elle-même.

Il est nécessaire, pour nous entendre, de désigner cette altération de la mémoire par un nom spécial. Peut-être serait-il sage d'éviter les confusions et de ne pas employer le mot amnésie qui a

1. Pierre Janet, Les amnésies hystériques. Conférence faite à la Salpêtrière. *Archives de neurologie*, juillet 1892, 29. *L'état mental des hystériques*, 1893, 79, et article « amnésie » dans le *dictionnaire de Physiologie* de Charles Richet.

un autre sens ; on pourrait forger un mot comme amnémosynie (ἀ. μνημοσύνη) ; le mot serait juste, mais il a le grand tort d'être nouveau. On peut se contenter d'ajouter une épithète au mot amnésie : *amnésie antérograde*, disaient Charcot[1] et M. Souques à propos d'une malade dont ils ont exposé l'histoire clinique. Nous dirons simplement, jusqu'à ce qu'un mot soit admis, *amnésie continue*, parce qu'elle est continuelle pendant la vie du malade. Nous allons donc résumer quelques cas d'amnésie continue en insistant sur le plus net, puis nous chercherons leur interprétation.

## 1. — *Les observations.*

Des disparitions de la mémoire, considérée comme faculté d'acquisition des souvenirs, ont été déjà quelquefois, quoique rarement, signalées à la suite de traumatismes cérébraux[2]. Elles ont été décrites d'une manière plus complète dans certaines intoxications, par exemple dans l'alcoolisme[3].

Récemment encore mon excellent maître, M. le professeur Raymond, consacrait une de ses cliniques à un cas de ce genre et montrait comment chez les malades atteints de polynévrite alcoolique se développait insidieusement une amnésie spéciale portant particulièrement sur les souvenirs de tous les événements récents tandis que la mémoire d'un passé plus reculé restait indemne[4]. Mais dans ce travail je n'étudierai cette amnésie que dans les névroses, car elle présente au cours de ces maladies des caractères particulièrement nets et susceptibles d'une étude précise.

Observation 1. — Je rappellerai d'abord une observation que j'ai déjà publiée en 1891 et qui forme le premier chapitre de cet ouvrage. Marcelle présentait surtout des troubles de la volonté, de l'aboulie, mais on pouvait remarquer aussi une modification

1. Charcot, Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde. *Revue de médecine*, février 1892, p. 81. — Souques, Essai sur l'amnésie rétro-antérograde dans l'hystérie, les traumatiques cérébraux et l'alcoolisme chronique. *Revue de médecine*, mai 1892, p. 367.

2. Ribot, *Maladies de la mémoire*, 1883, Paris, F. Alcan, p. 96, et Souques, *op. cit.* p. 869.

3. Korsakoff, Une maladie de la mémoire. *Revue philosophique*, 1889, II, 509.

4. Professeur Raymond, *Clinique des maladies du système nerveux*, 2e série, 1897, p. 162.

très curieuse de l'intelligence et de la mémoire. « Elle semble présenter les résultats d'une intelligence passée et non d'une intelligence actuelle. Cette forme d'intelligence va s'expliquer par les analyses suivantes. La mémoire présente un caractère du même genre : quand elle raconte les incidents de sa vie passée, on remarque que son récit est net, exact, riche en détails, tant qu'il s'agit des années antérieures à quinze ans, époque du début de la maladie. A partir de ce moment, les souvenirs deviennent peu nombreux et vagues ; mais, si on dépasse l'âge de dix-neuf ans, les souvenirs font complètement défaut et se bornent à quelques événements saillants. Enfin, si on l'interroge sur les derniers mois, les dernières semaines, on constate avec étonnement un oubli absolu. Les souvenirs acquis anciennement sont conservés, mais elle est devenue de plus en plus incapable d'apprendre rien de nouveau. Cet oubli des événements récents est très curieux par sa rapidité et sa profondeur : elle est absolument incapable de nous dire ce qui s'est passé la veille ; souvent, à midi, elle ne sait plus rien de la matinée. Un mot qu'elle prononçait résume cette situation : « Est-il possible qu'il y ait déjà un an depuis mon entrée à l'hôpital ? Singulière année pendant laquelle il ne s'est rien passé. » C'est, chez une jeune fille de vingt-deux ans, une mémoire de vieillard qui peut réciter l'*Énéide* et ne se souvient pas de ce qu'il a fait le matin. » En dehors de cette amnésie Marcelle présentait comme on l'a vu une aboulie considérable, des idées fixes, des attaques délirantes mais en général aucune anesthésie bien nette.

Rappelons aussi une observation de MM. Séglas et Sollier, plus complexe et intéressante à divers points de vue, dans laquelle le même caractère est signalé : « Aujourd'hui, elle ne sait pas depuis combien de temps elle est entrée, ni le jour, ni le mois, ni l'année et ne juge même de la saison que par l'aspect des cours. » Aucun fait ne l'a frappée depuis son entrée... Elle disait autrefois le soir : « Comme c'est drôle deux nuits de suite ; nous venons de passer une nuit et voilà une autre nuit qui recommence. »

Observation II. — Nous avons, depuis, retrouvé le même fait dans plusieurs observations nouvelles, dont quelques-unes sont intéressantes. Par exemple, une femme de quarante ans, Justine, étudiée également dans le service de M. J. Falret, a des idées fixes

1. J. Séglas et P. Sollier. Folie puerpérale, amnésie, astasie et abasie. *Archives de neurologie*, n° 60.

qui l'obsèdent continuellement et qui provoquent, à de certains moments, des impulsions terribles et de grandes attaques délirantes et convulsives. Nous n'avons pas à décrire ces symptômes; mais, à de certains moments, par exemple dans les quelques jours qui précèdent ses règles, et même, d'une manière atténuée dans l'intervalle, elle présente d'autres perturbations intellectuelles. Nous n'insisterons que sur celles de la mémoire. Elle sort pour aller faire ses provisions au marché, avec l'intention d'acheter un certain objet; quand elle rentre, son mari remarque avec étonnement qu'elle a acheté quatre fois le même objet à quatre marchands différents, et, malgré ces quatre achats, elle ne peut se rappeler ce qu'elle a été chercher, elle n'a aucun souvenir de l'avoir acheté. Son mari lui fait cadeau d'un meuble nouveau, d'un piano : elle en paraît enchantée, mais tous les jours, elle s'arrête devant ce piano avec stupéfaction, sans le reconnaître. « Les meubles anciens sont bien à moi, dit-elle, mais ce piano d'où vient-il? Qui l'a mis là? Je n'ose y toucher, car il ne doit pas être à moi. » Enfin, je lui demande, pour exercer un peu son attention, d'apprendre un morceau de vers par cœur pour me le réciter. Elle a passé une semaine entière à étudier ces quelques vers, à chercher à les apprendre, et, quand elle vient me voir, elle est absolument incapable de m'en réciter un seul mot. Elle n'acquiert, comme l'on voit, que très peu de souvenirs nouveaux, elle en reste aux souvenirs anciens comme aux meubles anciens.

On verra dans un autre chapitre tous les troubles qui s'ajoutent à cette amnésie, on peut dire que cette malade a présenté la plupart des phénomènes hystériques, attaques, délires, obsessions extrêmement graves et toutes sortes d'anesthésies très profondes.

Observation III. — Une autre malade, Maria, observée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de mon regretté maître, M. Hanot, nous montre le même phénomène avec plus de précision et un peu plus de régularité. C'est une jeune femme de trente ans, présentant des symptômes d'hystérie et des idées fixes impulsives, principalement de la dipsomanie. Les agents de police l'avaient amenée un mercredi matin, après l'avoir ramassée dans un état d'ivresse et de délire complet. Elle resta vingt-quatre heures dans un état de sommeil profond, sans que l'on pût en obtenir aucune réponse intelligente. Le lendemain, au sortir de son état d'ivresse, elle put répondre aux questions et donnait même les explications avec beaucoup de netteté et d'intelligence.

Elle nous raconte toute sa vie avec assez de détails, surtout sur les périodes de sa jeunesse ; elle avait évidemment des souvenirs plus vagues sur les dernières années, mais, quand nous sommes arrivé au récit de son dernier accès de dipsomanie, il nous est impossible d'obtenir aucun renseignement. Maria avait complètement oublié tout ce qui s'était passé depuis le lundi matin, début de l'accès, jusqu'au jeudi matin, date de son réveil à l'hôpital. Elle était elle-même très inquiète de cet oubli, ne pouvant se rendre compte de ce qu'elle avait fait de son argent, de ses vêtements, ne sachant comment elle avait été amenée à l'hôpital. C'est là une amnésie localisée, portant sur une période anormale de l'existence ; c'est un phénomène bien connu sur la description duquel il n'y a pas lieu d'insister.

Mais, en outre, et pendant tout son séjour à l'hôpital, qui fut de plusieurs mois, elle présenta un autre trouble de la mémoire plus intéressant. Quoiqu'elle parût intelligente et qu'elle pût causer avec justesse de son existence passée, elle avait fréquemment l'air étonné et ahuri, elle reconnaissait peu les personnes de la salle et leur parlait comme à des inconnus. Un jour, elle avait pris un livre pour le lire, mais, comme ses voisines me le firent observer, elle passa toute la journée à relire la première page. Quand elle était arrivée au bas de la page, elle s'arrêtait un moment, puis régulièrement se remettait à lire le commencement. D'ailleurs, quand je lui demandai ce qu'elle avait lu, elle ne fut pas capable de me dire même le titre de son roman. Naturellement, j'ai essayé, comme avec la malade précédente, de lui faire apprendre quelques vers par cœur ; elle y mit beaucoup de bonne volonté, elle lut et relut indéfiniment une petite chanson, mais il ne lui fut pas possible, le lendemain, d'en dire un mot. Le plus souvent, cette amnésie n'était pas extrêmement rapide, elle n'oubliait complètement les choses qu'après quelques heures. Mais, à de certains moments, l'oubli était immédiat : elle ne pouvait répondre qu'à des questions rapides, sinon, elle restait étonnée et disait : « Que demandez-vous ? » Elle oubliait ses propres phrases et disait : « De quoi est-ce que je vous parlais ? » Elle cherchait à se rendre utile et voulait faire quelques commissions, mais elle revenait presque toujours au bout d'un instant, les mains vides, en demandant : « De quoi m'aviez vous chargée ? » Cette amnésie des événements présents, sans être absolument complète et surtout sans avoir constamment la même rapidité et la même profondeur, était donc chez

elle très curieuse et plus caractéristique encore que chez les malades précédentes.

En dehors de ses accès de dipsomanie, de son amnésie continue, on note chez elle, des attaques extatiques, quelques rares crises convulsives, des anesthésies peu étendues et peu profondes et surtout très variables.

Observation IV. — Une femme de 39 ans, Sch., présente depuis quatre ans une foule de troubles nerveux et intellectuels déterminés par une violente émotion.

Sans doute, elle était prédisposée aux troubles de ce genre, sa mère avait eu des crises d'hystérie, elle-même avait eu des convulsions dans l'enfance, elle avait été réglée tard à 17 ans, et fut atteinte d'une fièvre typhoïde grave à l'âge de 25 ans, mais elle ne conservait aucun trouble sérieux et élevait fort bien ses cinq enfants. En 1891, étant âgée de 35 ans, elle dut subir une terrible épreuve ; le lendemain d'une catastrophe de chemin de fer, elle dut reconnaître son frère et sa sœur au milieu de 40 cadavres. L'émotion fut violente et détermina un évanouissement qui dura deux heures. Depuis elle est restée bouleversée : douleurs violentes dans la tête, troubles de la digestion, frissons, secousses dans les membres, crampes, cauchemars, peurs, etc., ce sont des symptômes qui, à des degrés divers, persistent depuis cinq ans. Comme j'aurai l'occasion de revenir sur l'étude de ces émotions persistantes, je n'insiste pour le moment que sur la perturbation de la mémoire. Sch. nous dit elle-même qu'elle a complètement perdu la mémoire. Ce n'est pas tout à fait exact puisqu'elle vient de nous raconter sa vie passée et la catastrophe même qui a tant modifié son intelligence. Mais ce qui est vrai c'est qu'elle n'a plus depuis cinq ans la faculté de confier à sa mémoire de nouveaux souvenirs. Elle ne sait plus comment elle a vécu depuis cette époque « et d'ailleurs, dit-elle, cela m'est bien indifférent, car je ne m'occupe plus de rien », elle essaye cependant de travailler mais tout va de travers, car elle oublie tout ce qu'elle doit faire. Elle ne peut faire aucune course, aucune commission, car elle perd aussitôt dans la rue et le souvenir des adresses et le souvenir même de ce qu'elle doit faire. Ou bien au contraire, elle fait les choses plusieurs fois, toute étonnée par exemple de trouver son lit déjà fait ou surprise de constater que sa soupe n'est pas mangeable car elle l'a salée dix fois. Ce n'est qu'en raisonnant sur ses occupations habituelles qu'elle peut supposer assez

vaguement ce qu'elle a fait hier ou ce matin. Cet oubli n'est pas continuellement aussi profond et aussi rapide, il augmente aux anniversaires de la catastrophe, il diminue dans l'intervalle.

Mais tous ces caractères, même ce dernier détail, vont se trouver singulièrement précisés dans la dernière observation. Notons seulement que cette femme ne présente aucune anesthésie cliniquement appréciable et que sauf un certain degré d'aboulie, et une grande émotivité, elle ne présente guère de troubles graves en dehors de son amnésie.

Observation V. — Mme D., pour lui conserver le nom sous lequel elle a été désignée dans les travaux de Charcot et de Souques que je viens de signaler, est une femme de 34 ans, habitant en province la petite ville de M., mariée à un honnête ouvrier et menant la vie la plus tranquille. Il y a dans sa famille quelques antécédents héréditaires et sa mère très irritable et très nerveuse a eu quelques attaques de nerfs et est morte subitement à la nouvelle d'une querelle de famille. Mme D. était elle-même très émotive, elle était superstitieuse et peureuse, la vue d'une araignée, un bruit subit, la bouleversaient et même la faisaient tomber par terre. Elle s'excitait facilement et après une émotion dormait mal ou parlait tout haut pendant son sommeil. Mais malgré cette exagération facile de l'émotion, elle se portait bien et se montrait fort raisonnable. On ne peut relever dans son passé ni crise d'hystérie ni excès d'aucune sorte.

Il y a quelques années, le 28 août 1891, au milieu de la santé la plus parfaite, elle fut la victime d'une lugubre plaisanterie qui renversa tout l'équilibre de sa pensée et produisit la plus étonnante maladie psychologique. Elle était assise seule dans sa chambre et travaillait à la machine à coudre quand elle vit la porte s'ouvrir tout d'un coup. Un individu, qu'elle ne reconnut pas, s'approcha d'elle et lui dit brusquement cette phrase : « Madame D., préparez un lit, on va vous rapporter votre mari qui est mort. » Et comme Mme D. ne bougeait pas et sanglotait, la tête appuyée sur sa machine, il lui frappa l'épaule en ajoutant : « Ne pleurez pas tant et allez en haut préparer un lit... » Puis il sortit et la laissa à son désespoir.

Aux cris de la pauvre femme les voisins sont accourus, ont essayé de la calmer et, pour la rassurer, ils ont envoyé à la recherche du mari. Au bout de quelques instants, ils ramenaient avec eux le mari qui n'avait absolument rien et de loin criaient

à M[me] D. : « Rassurez-vous, le voici ! » A ce cri, elle ne comprit rien, crut que l'on amenait réellement le cadavre de son mari et tomba à la renverse en proie à une grande crise convulsive. Nous n'entrerons pas dans l'étude de cette attaque dont on trouvera la description dans le travail de M. Souques[1]. Nous rappelons seulement que l'attaque nettement hystérique fut d'une longueur un peu insolite, elle dura quarante-huit heures, et que les convulsions furent entrecoupées de périodes de léthargie dont l'une dura douze heures et de grandes périodes de délire dont l'une dura quatorze heures. Le caractère de ce délire est à retenir : il roulait uniquement sur l'événement qui avait provoqué l'attaque ; la malade revoyait distinctement le même homme, entendait prononcer les mêmes paroles et poussait les mêmes exclamations : « Oh! mon mari... un si bon père, pauvres enfants, pleurez votre père... Cette pauvre Jeanne qui n'a pas de vêtements de deuil... Laissez-le-moi encore ; je veux le garder. » Puis les convulsions et les mêmes hallucinations recommençaient. Notons aussi que la malade avait pendant l'attaque des impulsions au suicide, et que de temps en temps elle essayait de se lever et de se précipiter par la fenêtre. Cette attaque prit fin cependant et au bout de deux jours tout était rentré dans le calme.

Mais, au réveil de cette grande attaque, la malade présentait une perturbation intellectuelle dont on s'aperçut dès ses premières paroles : 1° on constata qu'elle avait complètement oublié ce qui venait de se passer, et la crise d'hystérie et l'émotion qui l'avait précédée ; bien plus, elle ne se souvenait plus des mois précédents, elle semblait avoir complètement effacé de sa mémoire tout ce qu'elle y avait inscrit pendant les derniers mois précédant la crise. M. Charcot et M. Souques ont dit, et je l'ai cru aussi longtemps, que cette amnésie rétrograde remontait depuis le 28 août, date de l'événement, jusqu'au 14 juillet précédent. Je suis disposé à croire maintenant, d'après des renseignements plus précis que la malade en voie de guérison a pu me donner, que l'amnésie rétrograde a remonté au premier moment beaucoup plus loin, au moins jusqu'au mois de mai, et qu'elle n'avait pas tout d'abord des limites aussi précises. Ce n'est que peu à peu, en quinze jours, dit la malade, que l'amnésie rétrograde diminua : M[me] D. retrouva peu à peu et spontanément par ses propres recherches

1. Souques, *op. cit.*, p. 373.

les souvenirs les plus anciens et s'arrêta à cette date du 14 juillet, le dernier souvenir frappant qu'elle put retrouver. Cette remarque importe peu, puisque, en définitive, au bout de quinze jours l'amnésie rétrograde se fixa définitivement et que la malade resta incapable de retrouver dans sa mémoire aucun des faits survenus du 15 juillet au 28 août.

Mais ce n'était là que la première partie et la moins étrange de l'amnésie de Mme D. Les personnes qui la soignaient rentraient dans la chambre de la malade après en être sorties un moment; elles s'aperçurent que Mme D. les recevait comme si elles entraient pour la première fois. On insista, on l'interrogea davantage et l'on vit qu'elle ne conservait plus aucun souvenir. Elle paraissait voir les choses et les comprendre comme à l'ordinaire, mais l'instant suivant elle avait tout oublié. Toutes les impressions glissaient sur elle sans laisser la moindre trace. Ce n'était pas seulement les petits événements insignifiants de la vie qui disparaissaient ainsi, mais les faits les plus intéressants, les accidents les plus dramatiques ne produisaient pas une impression plus durable. On lui fit faire un petit voyage, elle oubliait tous les incidents de la route au fur et à mesure de leur production. Il lui arriva d'être mordue par un chien soupçonné de la rage, elle fut cautérisée à la main et fort sévèrement ; un moment après, elle ne savait plus ce qui venait de lui arriver. On la mena de sa petite ville de province à Paris, elle subit les inoculations antirabiques à l'Institut Pasteur : en sortant de l'Institut, elle demandait où elle était et se croyait encore à M...; elle souffrait au côté, lieu des inoculations, et attribuait sa souffrance à de la fatigue. On la conduisit à la Salpêtrière voir Charcot, elle fut examinée et interrogée de toutes manières, puis elle sortit du cabinet de consultation sans aucune notion de ce qu'elle était venue faire, ni des personnes qui lui avaient parlé. Je n'insiste pas sur ces détails, je résume seulement l'impression d'ensemble.

Rien n'était plus curieux que de voir cet esprit, qui semblait fonctionner assez bien, totalement dépourvu de la faculté de la mémoire. Les personnes qui ont peu de mémoire ne gardent les souvenirs précis que pendant peu de temps, quelques jours par exemple, ou ne retiennent dans leur esprit que les événements les plus intéressants, ceux qui ont le plus vivement excité l'attention. Mme D. n'a pas une mémoire faible, elle n'en a aucune. Elle oublie

totalement un nom, un fait, en moins d'une minute, et encore ce qui se prolonge pendant près d'une minute, c'est la perception des objets, c'est l'effort qu'elle semble faire pour retenir l'impression initiale ; mais elle n'a pas de souvenir proprement dit, car elle semble incapable de reproduire une image des sensations qu'elle a laissées s'éteindre. On a remarqué que, dans certains cas, des impressions très vives, très intéressantes pour elle, comme la vue d'une malade en crise à l'Institut Pasteur ou la visite des grands magasins du Louvre avaient laissé des souvenirs un peu plus durables. On considérait comme une merveille qu'elle pût encore en parler pendant cinq minutes après être sortie. Je crois qu'ici encore, soit la conversation des autres personnes, soit sa propre parole intérieure avait prolongé la durée de l'événement primitif. Car il suffisait de la distraire un moment sur un autre sujet pour effacer définitivement cette apparence de souvenir. Disons tout de suite que cette amnésie, si profonde et si rapide, était continue et invariable, ce que nous n'avions pas vu dans les observations précédentes ; à aucun moment M^me^ D. n'avait plus de mémoire[1]. Disons aussi que cette étrange perturbation psychologique s'est prolongée sans variation jusqu'au mois de mai 1892, qu'elle a duré par conséquent sans modification neuf mois complets, qu'elle a persisté ensuite d'une façon moins complète pendant des années, qu'enfin nous avons pu suivre l'histoire de ces modifications depuis 1891 jusqu'à aujourd'hui, et nous aurons montré que c'est là un des plus curieux cas d'amnésie continue qui, à notre connaissance, aient été signalés.

Je dois insister encore sur le caractère essentiel de cette amnésie, plus net et surtout vérifié avec beaucoup plus de précision dans le cas de M^me^ D. que dans tous les autres, car ce caractère essentiel ne me semble pas toujours avoir été bien compris. Ce qui me frappe chez M^me^ D., ce n'est pas qu'elle ait perdu le souvenir de neuf mois de sa vie, ce fait est assez connu, c'est que, au cours de ces neuf mois elle n'ait jamais eu même pendant quelques minutes aucun souvenir des événements qui se présentaient et qu'elle semblait bien percevoir. Un individu après un violent traumatisme peut avoir une amnésie rétrograde et oublier par

1. Voir à ce propos de longues descriptions de la conduite de M^me^ D. et des interrogatoires très curieux de cette malade que je ne puis reproduire ici, dans l'article de M. Souques. *Revue de médecine*, 1892, p. 376, 379.

exemple un mois de sa vie ; mais pendant ce mois précédent il avait eu une mémoire normale et une heure avant l'accident, il aurait pu raconter ce qui s'était passé huit jours auparavant. Les personnes qui ont de longues périodes de somnambulisme ou de vigilambulisme, comme Félida, Mary Reynolds, etc., oublient en entrant dans l'état II les événements survenus pendant l'état I ; mais quand elles étaient dans l'état I elles gardaient les souvenirs de ce même état et avaient une mémoire étendue au moins sur quelques jours. C'est d'ailleurs cette acquisition des souvenirs pendant l'état de vigilambulisme qui permet la suggestion, le dressage, la constitution d'un caractère, d'une seconde existence pendant cet état. On peut supposer des sujets qui présentent des périodes très nombreuses et très variées de telle manière que toutes les heures par exemple ils changent d'état et oublient l'état précédent. Une maladie de ce genre a été observée quelquefois pendant quelques heures, prolongée pendant un an elle serait bien anormale. Mais, même dans cette supposition, les souvenirs seraient conservés pendant une heure. En un mot, le trouble de la mémoire de M^me^ D. ne peut guère être comparé aux amnésies localisées, c'est une disparition continuelle au moins apparente de l'enregistrement des phénomènes. Sans doute ce cas n'est pas unique, car aucun fait n'est unique, je viens d'en rapprocher des cas analogues, et on trouve des caractères du même genre dans les amnésies qui accompagnent les névrites périphériques et qui ont particulièrement été étudiées par M. Korsakoff, mais ce cas présente avec une précision remarquable le type d'une forme d'amnésie particulière qui demande une étude distincte.

En dehors de son amnésie, cette femme semblait avoir conservé une bonnne santé et ne présentait aucun trouble organique. En particulier, sauf dans quelques rares moments de délire qui ne sont survenus qu'à la fin de la maladie, elle mangeait avec appétit et digérait fort bien. Ne se souvenant pas de ses repas, elle jugeait qu'elle avait mangé ou non par l'état de son appétit. Elle ne présentait pas non plus en dehors de l'amnésie d'autres troubles intellectuels au moins bien apparents à un premier examen. Il est essentiel de remarquer un fait très important sur lequel j'aurai d'ailleurs à revenir, c'est qu'elle *n'a jamais présenté aucune anesthésie*. La recherche des anesthésies a été faite un très grand nombre de fois et de toutes manières, car Charcot désirait vivement retrouver chez elle les stigmates de l'hystérie, elle a toujours donné un résultat

négatif. Mme D. avait une sensibilité tactile et musculaire normales au moins en apparence, elle entendait bien, elle voyait parfaitement et le champ visuel n'était pas rétréci. Elle parlait aisément et correctement ; le langage en effet, comme beaucoup d'autres connaissances, faisait partie des souvenirs antérieurement acquis. Tous les souvenirs anciens jusqu'au 14 juillet inclusivement étaient conservés avec la plus grande précision. Elle racontait facilement toute sa vie passée. Elle raisonnait assez bien, et comprenait les questions qui n'étaient pas exprimées trop longuement : elle était même capable de faire quelques petites opérations arithmétiques, à la condition de regarder constamment les chiffres écrits.

Mme D. ne semblait pas éprouver du fait de son amnésie une perturbation aussi grande qu'on aurait pu le supposer *a priori*. Elle vivait de la vie normale et semblait douée d'une résignation singulière : elle se laissait mener de tous côtés sans résistance, elle répondait correctement à ceux qui l'interrogeaient, quoiqu'elle ne reconnût personne ; elle se soumettait à la vie des malades de la Salpêtrière, quoiqu'elle ne sût, ni où elle était, ni pourquoi elle était là. En un mot, cette malade montrait une indifférence et une tranquillité que nous n'aurions pas eues, il nous semble, si nous avions été dans cette situation.

Elle avait conservé, du moins nous avons cru le remarquer, la notion vague du temps écoulé. Par exemple, elle avait conservé un souvenir exact du 14 juillet et elle en parlait comme d'un événement éloigné, elle savait bien que nous n'étions pas au lendemain du 14 juillet. Mais ce qui rend cet examen difficile, c'est qu'elle suppléait presque toujours à l'absence de mémoire par le raisonnement ; elle devinait le mois de l'année d'après l'aspect du ciel, d'après les feuilles des arbres ; elle jugeait de l'endroit où elle se trouvait d'après l'apparence de la maison. « Nous devons être en automne, disait-elle, les arbres perdent leurs feuilles ; ce doit être ici un hôpital, et ce n'est pas celui de M... Je ne connais pas ces vêtements que j'ai sur moi, mais on a dû me les acheter, certainement je ne les aurais pas volés. » Enfin elle se rendait compte de sa maladie et avait imaginé de suppléer à la mémoire absente par l'usage de l'écriture. Elle portait constamment un petit carnet sur lequel elle écrivait, dès qu'ils se produisaient, les événements les plus saillants, les notions les plus utiles. Elle écrivait par exemple : « Je suis à Paris, à la Salpêtrière, j'ai vu ce matin M. Charcot. » Quand quelqu'un l'interrogeait, par raisonnement

ou par un acte instinctif, que nous comprendrons bientôt, elle cherchait son calepin et lisait la phrase. Elle écrivait aussi les renseignements indispensables pour se conduire dans la maison. « Pour aller du cabinet du médecin à la salle, aller tout droit, rentrer à la première grille à gauche, etc. » Dès qu'elle sortait du cabinet, elle tirait son carnet et marchait en lisant les indications ; elle arrivait ainsi sans encombre à rentrer chez elle. Dans son ménage, elle arrivait à faire la cuisine, en écrivant mot à mot tout ce qu'elle faisait : « J'ai mis de l'eau... j'ai mis du sel, etc. » Grâce à sa résignation, au raisonnement et au calepin, elle pouvait se conduire à peu près comme tout le monde et ne manifestait pas trop au dehors le trouble étrange de sa mémoire.

Pour faire comprendre avec précision un cas de ce genre, il serait intéressant de pouvoir le représenter d'une manière graphique, mais nous nous heurtons au problème assez difficile et curieux de la représentation graphique des amnésies. Charcot et Souques ont déjà essayé de représenter par un symbole le cas précédent et nous reproduisons leur dessin dans la figure 16.

Le schéma de Charcot (fig. 16) fort simple ne permet guère de préciser les détails psychologiques et n'est intelligible que par le commentaire. Je me suis souvent servi de la figure suivante (fig. 17) pour représenter les amnésies des somnambules, on peut l'appliquer au cas actuel. La ligne horizontale AB représente le cours de la vie du sujet et les bandes parallèles représentent la mémoire ou plutôt les diverses mémoires que le sujet peut avoir de ces événements. Pour trouver représentés les souvenirs que le sujet pouvait avoir à une époque donnée, il faut rechercher cette époque sur la ligne inférieure, par exemple juin 1891, élever à ce point une perpendiculaire jusqu'à la bande qui représente la mémoire que l'on considère, puis lire les dates que cette bande recouvre du côté gauche de la figure, les espaces noirs représentent les périodes d'amnésie, les espaces clairs les souvenirs des événements sous-jacents. On voit ici la première mémoire 1 se prolonger normalement jusqu'au 28 août, puis s'interrompre définitivement, une autre forme de la mémoire est représentée en 2, elle ne s'étend que jusqu'au 14 juillet et n'existe plus davantage, l'amnésie continue à partir du 28 août, est représentée par les bandes noires ; on verra plus loin la troisième mémoire que représente la ligne 3.

Ligne de la vie de M^me D. depuis la naissance jusqu'au 31 décembre 1891.

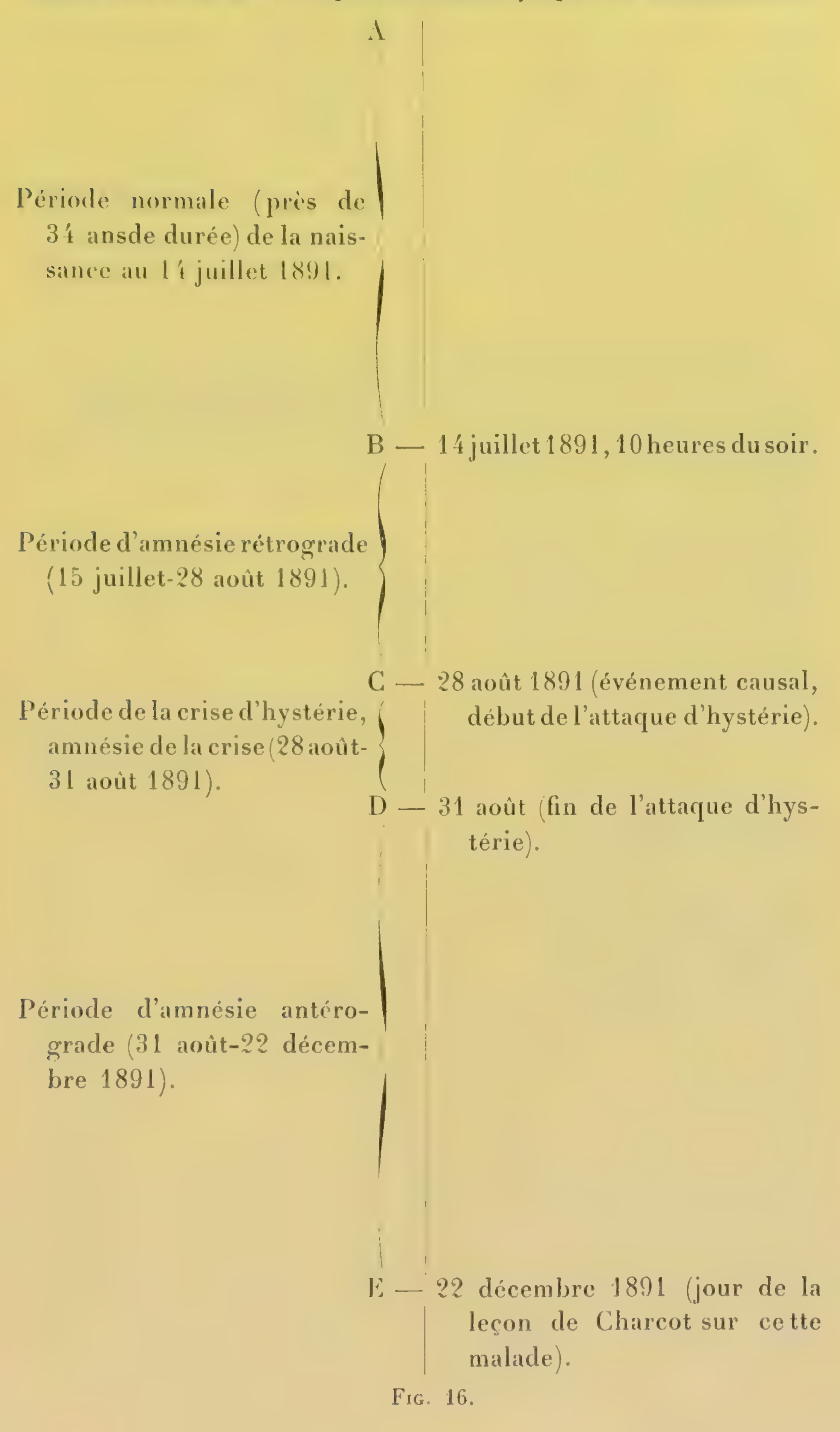



Fig. 16.

Cette représentation a ses avantages, surtout quand il s'agit de représenter les diverses mémoires de certains somnambules. Mais il est évident qu'elle ne se prête qu'imparfaitement à l'expression de ce cas compliqué et surtout à l'expression des modifications curieuses, des disparitions et des réapparitions de l'amnésie que nous verrons à propos du traitement de Mme D. L'année dernière, un des auditeurs de mon cours au Collège de France, M. Bernard Leroy, externe des hôpitaux, a eu l'obligeance de me signaler le principe d'un procédé curieux pour représenter les amnésies.

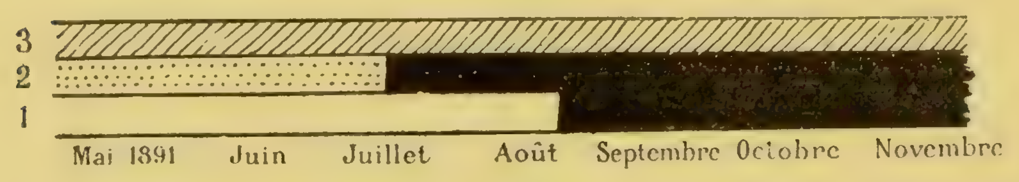



Fig. 17. — Représentation schématique de l'amnésie de Mme D.

Ce procédé, fort ingénieux à mon avis, peut sembler un peu compliqué quand il s'agit de cas simples, mais il doit rendre des services en l'appliquant avec de légères modifications à des cas complexes comme celui de Mme D. Soit (fig. 18) une ligne horizontale OX représentant la vie du sujet, la succession de ses événements. A cette droite, au point O, j'élève une perpendiculaire OY qui représente encore la succession de ces mêmes événements, mais considérés en tant que souvenirs. Le temps se compte sur les deux lignes à partir de A dans le sens des flèches. Pour représenter d'une manière complète un souvenir, S, il faut tenir compte du moment où il se produit et du moment passé auquel il correspond, il sera représenté par le point qui se trouve à l'intersection de deux perpendiculaires élevées, l'une au point où il se produit, le point 3 par exemple, l'autre au point qu'il reproduit, le point 2 par exemple. On verra facilement qu'avec cette convention l'ensemble des souvenirs d'une mémoire complète doit être représenté par le triangle XOD. En effet à chaque point de la ligne OX qui représente le cours de la vie on peut élever une perpendiculaire EF qui par sa longueur représente la quantité totale des souvenirs qui peuvent être évoqués à ce moment puisqu'elle correspond à

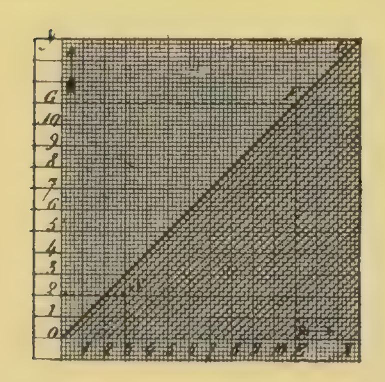


Fig. 18. - Représentation schématique par la mémoire des coordonnées.

la longueur parallèle OG. Les amnésies seront représentées par des taches noires couvrant une partie de la surface de ce triangle. Plus l'état d'amnésie se prolongera pendant la vie du sujet, plus ces taches auront d'étendue horizontale ; plus l'amnésie sera étendue et portera sur un grand nombre de souvenirs, plus ces taches auront d'étendue dans le sens vertical. On peut dire que c'est la représentation de la mémoire et des amnésies par le graphique des coordonnées.

Si nous appliquons cette méthode au cas de Mme D. nous obtenons la figure 19, dans laquelle on voit assez bien représentée la crise du 28 août 1891 en E, l'amnésie rétrograde EF qui se réduit rapidement à EG puis qui reste permanente, l'amnésie continue de E à D qui englobe le souvenir d'événements de plus en plus nombreux tandis que la mémoire qui ne s'enrichit plus reste absolument stationnaire. Si on admet que la personnalité est au moins en partie constituée par l'accumulation et l'assimilation des souvenirs au fur et à mesure de la production des événements, la figure montre assez bien, par une représentation matérielle que la personnalité s'étendait en hauteur depuis la ligne horizontale OX jusqu'au point E, puis qu'après l'accident elle ne s'étend plus que jusqu'au point F ou au point G, en un mot qu'elle a diminué, rétrogradé ; la figure montre aussi qu'à partir du point G la personnalité cesse de s'accroître comme elle le faisait de O en E, qu'elle reste stationnaire. Ce n'est là qu'une image mais elle me semble utile pour préciser des faits psychologiques assez complexes.

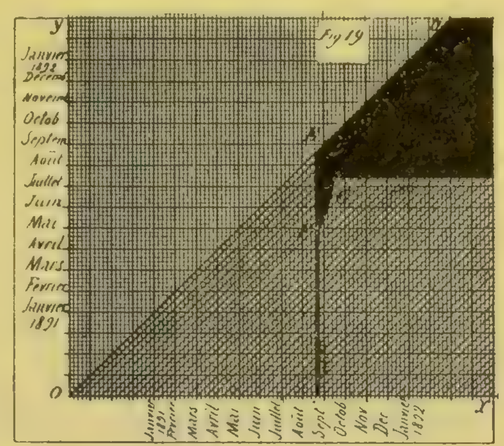



Fig. 19. — Représentation graphique de l'amnésie rétrogade et continue de Mme D, avec régression et arrêt de construction de la personnalité par la méthode des coordonnées.

Cette dernière observation ainsi précisée complète heureusement les précédentes, elle grossit en quelque sorte les phénomènes et nous permet d'étudier plus facilement la nature de l'amnésie continue.

## 2. — *Analyse des caractères psychologiques.*

Certains caractères sont très simples et très évidents, ils apparaissent même dans la description sommaire du phénomène; d'autres sont plus délicats et ne peuvent être mis en évidence que par certaines recherches. Il faut cependant y insister, avant de chercher à comprendre cette forme singulière d'amnésie :

1° La maladie, à l'inverse des autres amnésies, ne porte pas uniquement sur les souvenirs des époques antérieures à l'accident ou au début de la maladie. Marcelle et Justine n'ont aucune amnésie relative aux périodes antérieures de leur vie; Maria et M^me D. joignent, au fait que nous étudions, une amnésie localisée rétrograde, chez l'une très courte et ne portant que sur les quatre jours de l'attaque dipsomaniaque, chez l'autre plus prolongée, et remontant du 28 août au 14 juillet. Mais, en dehors de ces courtes périodes d'oubli rétrograde, elles peuvent, comme les premières, faire revivre leurs pensées et raconter exactement tous les détails de leur vie passée. C'est même cette conservation des souvenirs anciens qui leur permet de se conduire aujourd'hui d'une manière intelligente.

2° L'amnésie porte sur les souvenirs actuels, sur les événements que le sujet perçoit au dehors et en lui-même depuis qu'il est malade. Que nous interrogions le sujet, ou qu'il s'interroge lui-même sur ces faits d'aujourd'hui, il ne peut en retrouver dans sa conscience aucun souvenir. Plus il fait d'efforts, plus il s'embrouille, moins il peut saisir l'image qu'il cherche.

3° Ces deux premiers caractères étaient évidents. En voici d'autres moins connus. Ces souvenirs du présent n'existent-ils en aucune manière ? Leur trace est-elle définitivement effacée ? Il y a ici une distinction à faire parmi ces malades. Chez les unes, comme chez Marcelle par exemple, il semble en être ainsi. Le plus souvent on ne pouvait retrouver chez elle aucune trace des événements oubliés : ils ne réapparaissaient ni pendant le sommeil ni pendant le somnambulisme.

Mais chez les autres malades il est loin d'en être toujours ainsi. Une remarque accidentelle faite sur M^me D. vint confirmer des expériences que nous avions faites sur les autres malades et nous

montrer que cet oubli n'était pas absolu. Mme D. était, depuis quelque temps, dans le service, quand on vint prévenir M. Charcot d'un fait nouveau. Elle s'agitait la nuit et quelquefois parlait tout haut dans son sommeil. Les voisins avaient écouté ce qu'elle disait et avaient entendu certains mots significatifs, tels que ceux-ci : « Oh! le vilain chien jaune, il m'a mordu... M. Pasteur, M. Charcot, à la Salpêtrière... Oh! tous ces médecins en tablier blanc... » Le chien enragé, M. Pasteur, M. Charcot, voilà des choses récentes dont elle semblait avoir complètement perdu le souvenir, et dont cependant elle parlait en rêve.

Cette remarque se trouvait d'accord avec une observation que j'avais souvent répétée sur les autres malades. Justine et Maria, avec leurs anesthésies, leurs amnésies naturelles, leur prédisposition aux idées fixes, étaient dans les conditions pathologiques qui favorisent les changements d'état de conscience, qui rendent possibles les somnambulismes naturels et artificiels. Maria avait des états somnambulismes spontanés ; toutes deux pouvaient être mises facilement dans un état de somnambulisme provoqué.

Dès qu'elle est mise dans cet état, Justine se souvient de ses achats au marché, elle sait quand et comment le piano lui a été donné par son mari, enfin elle nous récite sans faute sa pièce de vers. Il en est tout à fait de même pour Maria. D'abord, comme on s'y attend bien, elle peut, pendant le somnambulisme, nous raconter minutieusement l'emploi de son temps pendant la crise de dipsomanie ; c'était une chose curieuse que de voir avec quelle précision elle relatait tous ses actes et tous ses délires, tandis que, pendant la veille, elle ne savait absolument rien de ce qui s'était passé du lundi au jeudi; mais c'est là un fait connu dans les amnésies localisées de ce genre. Ce qu'il faut ajouter, c'est que l'amnésie continue se comportait de la même manière : une fois endormie, Maria retrouvait tous les souvenirs des événements récents. Ainsi, elle récitait très facilement ses chansons, qu'elle semblait n'avoir pas pu apprendre, et elle savait par cœur la première page de son roman. Dès qu'elle était éveillée, elle retombait dans son amnésie et relisait la première page du roman comme si c'était pour elle une chose toute nouvelle. C'est toujours en réalité le même fait si souvent constaté et si incomplètement expliqué : un grand nombre de phénomènes hystériques, anesthésies, amnésies, paralysies, tics, chorées, hoquets, troubles respiratoires, etc., disparaissent pendant le sommeil et quelquefois pendant le somnambulisme.

Il était naturel de chercher si le phénomène ne se produirait pas chez Mme D. Quand M. Souques essaya de l'hypnotiser sur la proposition de Charcot, il constata d'abord une première chose importante, c'est que cette personne était fort hypnotisable, ce qui n'est pas à nos yeux un caractère indifférent. Dans ce somnambulisme, peu développé chez elle, la malade restait inerte, couchée sur une chaise, les yeux fermés, ne remuant et ne parlant que si on l'interpellait vivement. Mais, quand elle se mettait à parler, elle répondait à toutes les questions, racontait tous les événements survenus depuis le 14 juillet et ne montrait plus aucune trace d'amnésie. La distribution des prix de sa petite fille au mois d'août, l'émotion du 28 août, le voyage du mois de septembre, le chien enragé, l'Institut Pasteur, le service de Charcot, tout était décrit avec la dernière précision : la mémoire était parfaite. Mais réveillez maintenant la malade, rendez-la à la vie normale, et tout est fini. Elle ne sait plus où elle est et consulte son carnet afin de pouvoir rentrer dans la salle.

Tout en tenant compte de l'exception présentée par Marcelle, retenons donc ce caractère important de l'amnésie continue : elle ne consiste pas en une destruction complète des traces laissées par les souvenirs, puisque ces mêmes souvenirs peuvent dans certaines circonstances réapparaître. Ces circonstances favorables sont le sommeil, le somnambulisme, ou un certain rêve accompagné de mouvements et de paroles, qui ressemble fort au somnambulisme lui-même.

4° Mais, pendant la veille même des malades, au moment même où elles déclarent ne conserver aucun souvenir, n'y a-t-il vraiment aucune mémoire, les images des événements présents ne se représentent-elles d'aucune manière? J'en ai toujours douté. Ces malades sont trop raisonnables, trop tranquilles, trop résignées pour n'avoir aucune notion de la situation présente. Toutes s'adaptent parfaitement à la vie de l'hôpital, elles ont l'attitude et les mœurs qui conviennent à ce milieu ; cela ne serait pas possible s'il y avait amnésie complète. Chez Mme D. elle-même, dont l'amnésie était la plus profonde, j'ai relevé un certain nombre de petits faits en contradiction avec l'oubli complet. Au début de l'amnésie, au réveil de l'attaque, elle n'avait aucun souvenir de l'homme qui l'avait effrayée, et cependant on remarqua qu'elle frissonnait de terreur toutes les fois qu'elle passait devant la porte par laquelle

cet individu était entré. A la Salpêtrière, elle ne connaissait personne ; mais, quand elle sortait dans la cour, elle allait spontanément s'asseoir auprès des mêmes malades. Chaque fois qu'elle rencontre un chien, fût-il le plus inoffensif, elle se sauve en cachant sa figure et en poussant des cris de terreur. Il ne suffit pas de dire qu'elle a peur des chiens, car, si on l'interroge sur son passé, elle nous affirme qu'autrefois, même au mois de juillet, elle n'avait pas peur de ces animaux et jouait volontiers avec eux. D'où vient ce changement ? Evidemment de la morsure qu'un chien enragé lui a faite au mois de septembre et des cautérisations consécutives. Mais actuellement, si on l'interroge, elle ne se souvient pas de cet accident et ne sait pourquoi elle a peur ; ce souvenir se reproduit donc aujourd'hui à son insu.

Il faut essayer de manifester par des expériences cette reproduction des souvenirs, même pendant la veille. Le procédé le plus simple consistera d'abord à étudier les suggestions post-hypnotiques, c'est-à-dire les suggestions faites pendant le somnambulisme, mais dont l'exécution est reculée jusqu'à une échéance plus ou moins lointaine. Par exemple, je dis à Marcelle : « Quand je frapperai sur la table, tu prendras mon chapeau... » ou bien : « Tu t'endormiras quand je lèverai la main en l'air. » Eh bien, la première suggestion s'exécutait fort bien plusieurs heures après le réveil, et la seconde s'exécutait encore plusieurs semaines plus tard. Il est important de remarquer ce fait chez Marcelle, qui ne manifestait pas aussi bien que les autres le souvenir pendant le somnambulisme : elle conservait même pendant la veille quelque souvenir persistant des événements nouveaux.

Les suggestions ont exactement le même résultat chez Justine et chez Maria ; il faut faire quelques remarques sur la façon dont elles s'exécutent chez Mme D. Prenons d'abord le cas le plus simple : pendant l'état somnambulique on lui commande de répéter au réveil un certain nom, par exemple celui de sa voisine dans la salle, Mme P., et on lui commande de bien se souvenir de cette dame. Au réveil, Mme D. conserve en effet ce souvenir et parle de Mme P. C'est, il faut le remarquer, une parole et un souvenir conscients qui ont été provoqués par suggestion. Ce souvenir dure très peu, huit à neuf minutes au maximum, ainsi qu'on l'a vérifié plusieurs fois ; au bout de ce temps tout paraît oublié. Mais la suggestion est-elle réellement effacée, maintenant que Mme D. n'en a plus le souvenir conscient ? Je ne le pense pas.

Pendant son somnambulisme, je lui commande de lever ses bras en l'air quand je frapperai dans mes mains. Au réveil, l'oubli est rapidement complet, mais cependant, plusieurs heures et même plusieurs jours après, il me suffit de frapper dans mes mains pour qu'elle lève en l'air ses deux bras sans se rendre compte de ce qu'elle fait.

On peut faire mieux : je suggère à Mme D., toujours pendant le somnambulisme, de quitter la salle où elle couche demain matin à 10 h 1/2, de traverser les cours et de venir me rejoindre au parloir. Une pareille demande, faite pendant la veille et adressée à la personnalité consciente de Mme D., serait absolument irréalisable, puisque tout est oublié l'instant suivant. Pourtant le lendemain à 10 h. 1/2, Mme D. se lève brusquement et se précipite hors de la salle, les infirmières l'ont arrêtée en lui demandant ce qu'elle voulait faire, et, comme la malade ne pouvait donner aucune explication, elles l'ont empêchée de sortir. J'ai recommencé cette expérience un autre jour en prévenant les infirmières de laisser sortir Mme D. et de se contenter de la suivre. Le lendemain, à l'heure dite, la malade est sortie, elle a fait tout le chemin sans consulter son carnet une seule fois et elle est venue me rejoindre. Ce trajet, nous l'avons déjà dit, ne peut être accompli avec conscience que si la malade consulte à chaque instant son carnet où tous les détours sont indiqués. Nous voyons donc bien par ces faits et bien d'autres du même genre que les souvenirs des événements récents existent même pendant la veille, mais qu'ils existent d'une manière toute particulière ; ils semblent sinon inconscients, du moins subconscients, c'est-à-dire en dehors de la conscience des malades.

Nous savons depuis longtemps qu'il y a des procédés, dont les principaux sont empruntés aux pratiques des spirites, pour manifester les pensées subconscientes quand elles existent. Nous avons souvent montré comment l'écriture automatique permet d'obtenir chez les hystériques, pendant la veille, la manifestation de bien des souvenirs oubliés[1]. Ces malades sont, comme on sait, très faciles à distraire ; c'est un trait fondamental mental de leur

1. Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité pendant le somnambulisme provoqué. *Revue philosophique*, 1886, II, 590. *Automatisme psychologique*, 1889, 262.

constitution psychologique. Quand elles causent avec une personne qui attire vivement leur attention, elles ne sentent plus rien, ne s'aperçoivent plus de rien. Si l'on s'approche d'elles sans les tirer de leur conversation, on peut leur glisser un crayon dans la main droite, leur commander d'écrire, leur poser tout bas des questions, et leur main fera les mouvements, écrira même les réponses sans que la malade se doute de ce que fait sa main, sans qu'elle interrompe sa conversation. Il est impossible d'étudier maintenant ce fait en détail, il faudrait rappeler toute la théorie de la désagrégation des phénomènes psychologiques chez l'hystérique. Chez les premières malades, surtout chez Maria, le phénomène se produisait très facilement, et l'on constatait ainsi, même pendant la veille, les mêmes souvenirs que pendant le somnambulisme, tous les souvenirs des événements récents.

Il fallait essayer d'appliquer ce dernier procédé à l'examen de Mme D. Cette écriture est difficile à obtenir chez cette malade, peut-être parce qu'elle n'a pas une grande habitude de l'écriture, mais surtout parce qu'il est nécessaire de la distraire complètement. Si elle fait la plus légère attention à sa main, à son écriture, nous avons alors de l'écriture consciente qui manifeste les mêmes oublis que la parole. Quand l'expérience est bien disposée, on peut lui parler tout bas, sans qu'elle interrompe sa conversation et sans qu'elle paraisse entendre. Je lui dis de cette manière : « Écrivez le nom de l'interne de votre salle. » La main qui tient le crayon se met en mouvement et écrit ce mot : « M. Lamy ». De la même manière je lui demande ce qu'elle s'est fait récemment à la main gauche, et elle écrit sans hésiter : « Je me suis coupée avec du verre. » En un mot, elle va répondre ainsi à toutes les questions possibles et manifester qu'elle possède sans le savoir tous les souvenirs des derniers événements.

Nous n'accordons pas, on le devine, à l'écriture une puissance merveilleuse pour ressusciter les souvenirs de Mme D. Non, on peut réussir à manifester ses souvenirs d'une autre manière encore, par la parole même de la malade qui restera cependant éveillée. Comment est-ce possible, puisque cette malade n'arrive jamais à les dire et puisque aucune suggestion n'a réussi à les lui faire conserver plus de quelques minutes ? Sans doute, mais nous aurons recours à un procédé qui réussit quelquefois. Il faut encore la distraire, mais en évitant, cette fois, d'attirer son attention sur la parole. Je lui donne un livre à lire, ou mieux je lui donne une

multiplication à faire. Pendant qu'elle est bien absorbée dans son travail, nous remarquons les mêmes phénomènes de distraction, nous pouvons la toucher, lui parler aux oreilles, sans qu'elle se retourne. Je lui demande comment s'appellent les deux malades qui sont ses voisines dans la salle ; ses lèvres remuent et elle murmure tout bas : « M^me C. et M^me P. » Cette expérience est fort difficile à bien réussir, elle échoue souvent ; mais à deux ou trois reprises, quand la malade était bien distraite, j'ai pu avoir avec elle une véritable conversation dans laquelle aucun oubli n'existait plus. M^me D. reste pendant ce temps éveillée et s'occupe de sa lecture sans se douter qu'elle parle et qu'elle raconte ce qui s'est passé la veille.

Nous nous étonnions au début de voir une malade atteinte d'une affection si étrange, ne conservant aucun souvenir plus d'un instant, vivre cependant d'une manière à peu près normale, sans avoir l'ahurissement que nous aurions supposé *a priori*. Nous comprenons maintenant que cette amnésie continue et antérograde n'est, chez M^me D. comme chez les autres malades, que très superficielle et permet à toutes les fonctions automatiques de s'accomplir très normalement.

En résumé, nous savons que, dans l'amnésie continue, les souvenirs du passé sont conservés et les souvenirs du présent perdus; mais nous avons appris que cette perte n'est pas continuelle et que les souvenirs des événements présents réapparaissent pendant les rêves et les somnambulismes et se manifestent même pendant la veille par des actes automatiques.

C'est ce fait de la persistance constante d'une troisième mémoire malgré les lacunes des deux autres que j'avais essayé de représenter par la bande pointillée 3 de la figure 17. C'est ce que l'on pourrait également représenter dans la figure 19, par exemple en répétant le triangle OXD au-dessous de la ligne AB., mais cette complication ne me semble pas ici avoir grand intérêt car le fait est fort net, c'est la conservation de tous les souvenirs d'une manière subconsciente malgré les amnésies apparentes.

### 3. — *Tentative d'interprétation.*

Il est bien probable que les cas d'amnésie continue, comme

les cas de paralysie ou de tout autre symptôme ne pourront pas tous être interprétés exactement de la même manière ; le même phénomène apparent peut être le résultat de bien des circonstances différentes. Ainsi le cas de Marcelle n'est pas tout à fait identique aux autres, puisque l'on ne peut chez cette malade retrouver trace des souvenirs subconscients. On note chez elle que l'amnésie continue est liée à de grands troubles de perception et varie avec eux. Il est probable que ce qui fait défaut, c'est la liaison, la systématisation des images qui est définitivement absente parce que la synthèse mentale n'a pas été effectuée au moment de la perception. Si nous lisons un livre chinois sans le comprendre nous ne pouvons évidemment pas conserver le souvenir des idées contenues dans ce livre. L'amnésie continue se rattache donc ici au trouble de la perception. En est-il ainsi dans les autres cas ? Évidemment non, d'abord parce que l'on ne retrouve pas chez ces malades les mêmes troubles de la perception, quelques-unes perçoivent très bien et comprennent même ce qu'elles lisent, si on les interroge immédiatement. Les systèmes d'images semblent donc dans ces cas avoir été constitués. D'ailleurs, comme on l'a vu, ces amnésies ne sont pas aussi absolues que dans le premier cas et ont des caractères spéciaux.

Il faut tenir compte de tous ces caractères si l'on veut essayer de se représenter la nature générale de cette perturbation psychologique. Cherchons quelle partie de la mémoire est détruite chez ces malades : il ne s'agit évidemment pas d'un trouble apporté dans les opérations intellectuelles qui se joignent à la mémoire, comme la reconnaissance et la localisation. Un trouble de ce genre donne lieu à des illusions, à des délires plutôt qu'à de véritables amnésies, et nous n'avons ici rien de pareil.

Il nous faut considérer, dans la mémoire, des opérations plus élémentaires : la première de toutes est appelée depuis longtemps *la conservation des souvenirs* ; ce mot n'est que la description d'un fait et non son explication : les phénomènes psychologiques qui se sont produits une fois ne disparaissent pas complètement : ils laissent des traces, comme on disait autrefois, c'est-à-dire qu'ils laissent dans le cerveau une certaine modification fort inconnue qui leur permet de se reproduire. En un mot, un phénomène psychologique est conservé quand il peut de temps en temps être reproduit ; il n'est plus conservé quand sa reproduction est devenue définitivement impossible. Peut-on dire qu'il y a ici un défaut de

conservation des images par paralysie, par épuisement de certains centres ? Il est trop évident qu'une pareille maladie suppose une altération cérébrale et en particulier une altération des centres corticaux, mais il faut éviter les explications prématurées qui en l'absence d'analyses histologiques ne peuvent être que philosophiques et déductives, et il faut chercher par l'analyse précise et expérimentale du trouble lui-même à préciser sa nature, afin de faciliter plus tard l'interprétation des lésions cérébrales que l'on découvrira. Peut-on donc affirmer qu'une amnésie de ce genre nous indique la suppression d'un centre sensoriel déterminé qui ne pourrait plus conserver les conditions ou les traces nécessaires pour la conservation des images ? D'un côté il faudrait que cet engourdissement cérébral fût bien étendu, puisqu'il supprime absolument tous les souvenirs aussi bien auditifs que visuels ou kinesthésiques, d'autre part on pourrait s'étonner qu'un épuisement si considérable n'amène aucun trouble du mouvement et ne s'accompagne même, chez M^me^ D., *d'aucune anesthésie*. D'ailleurs nous n'avons pas à hésiter ici, il est certain que la conservation des souvenirs est absolument intacte dans tous ces cas : pendant le sommeil naturel, pendant le somnambulisme, tous les souvenirs renaissent sans difficulté : les traces en étaient donc conservées.

Les psychologues décrivent alors un autre phénomène essentiel dans le souvenir : c'est *la reproduction des images*. Par un mécanisme, que nous n'avons pas à étudier et dans lequel l'association des idées joue le plus grand rôle, les phénomènes psychologiques primitifs qui se sont conservés à l'état latent réapparaissent un peu moins forts, moins complets surtout, mais à peu près avec les mêmes caractères que la première fois. On les appelle alors des images et on comprend que la renaissance des images au moment opportun soit une condition essentielle du souvenir complet. Est-ce ici que nous allons trouver l'explication de l'amnésie continue ? Cela semble au premier abord très vraisemblable : M^me^ D., par exemple, semble ne pouvoir reproduire les images qu'en rêve, pendant le sommeil, et ne pas pouvoir les reproduire quand il le faut, suivant les besoins de la veille. Je crois même que cette opinion renferme une partie de la vérité : le cerveau fatigué d'une manière particulière ne reproduit les images qu'avec difficulté et dans des conditions spéciales, mais cela est loin d'expliquer tous les faits. A mon avis, les souvenirs peuvent se reproduire, et se reproduisent plus qu'on ne le croit, même pendant la veille,

et M^me^ D., si je ne me trompe, a souvent dans l'esprit ou sur les lèvres la réponse à la question qu'on lui pose ou qu'elle se pose à elle-même. Pourquoi est-ce que je me figure une chose pareille, quand la pauvre femme se déclare si malheureuse et prétend qu'il lui est impossible de retrouver le moindre souvenir ? Parce que, en premier lieu, nous avons déjà vu bien des choses semblables chez les hystériques, surtout en étudiant les anesthésies, et, en second lieu, parce que divers procédés, et en particulier l'écriture automatique, nous ont montré la reproduction réelle de tous ces souvenirs même pendant la veille, au moment où nous les désirions.

Mais où donc chercher cette altération de la mémoire qui doit bien exister quelque part pour produire des résultats aussi manifestes ? Les psychologues, dans leurs descriptions, n'admettent pas d'autres phénomènes élémentaires dans la mémoire, en dehors de la conservation et de la reproduction. Je crois qu'ils ont tort et que la maladie décompose et analyse mieux la mémoire que n'a pu faire la psychologie. Il ne suffit pas, ainsi que beaucoup d'études précédentes nous l'ont appris, qu'une sensation simple et isolée soit produite dans l'esprit pour qu'elle soit par cela même appréciée par le sujet. Il faut, pour la conscience complète d'une sensation qui s'exprime par le « *je sens* », qu'une nouvelle opération s'ajoute à la première.

Il faut qu'une sorte de synthèse réunisse les sensations produites et les rattache à la masse des idées antérieures, des sentiments passés et présents, de la cœnesthésie actuelle dont l'ensemble constitue la personnalité. Eh bien, il doit en être de même pour les images ; il ne suffit pas, pour que nous ayons conscience d'un souvenir, que telle ou telle image soit reproduite par le jeu automatique de l'association des idées, il faut encore que la *perception personnelle* saisisse cette image et la rattache aux autres souvenirs, aux sensations nettes ou confuses, extérieures ou intérieures, dont l'ensemble constitue notre personnalité. Que l'on appelle cette opération comme on voudra, que l'on forge pour elle le mot de « *personnification* » ou que l'on se contente des termes vulgaires que nous avons toujours employés : « *perception personnelle des souvenirs* », ou « *assimilation psychologique des images* », il faut toujours constater son existence et lui donner une place dans la psychologie des souvenirs comme dans celle des sensations.

Cette opération est si simple, si facile chez nous, que nous ne soupçonnons même pas son existence. Mais elle peut être altérée et supprimée, tandis que les autres phénomènes du souvenir, conservation et reproduction des images, subsistent intégralement, et son absence suffira pour produire chez les malades un trouble de la mémoire qui sera, *pour eux*, une véritable amnésie.

Pour établir que l'amnésie continue dépend bien d'un mécanisme de ce genre, on peut remarquer d'abord qu'elle ressemble à un phénomène de *distraction*. Il en est de même d'ailleurs pour tous les stigmates hystériques, en particulier pour l'anesthésie, ainsi que je l'ai montré souvent[1]. En effet, il y a des distractions de mémoire comme des distractions de sensations et elles amènent des oublis comme les premières produisent des anesthésies. On pourrait même dire que, pendant les rêves et dans le somnambulisme, l'attention, n'étant plus distraite par les impressions extérieures, se retourne plus facilement vers les images du souvenir[2]. Mais cette remarque n'est qu'une première approximation, il faut expliquer en quoi consiste cette distraction singulière, comment les phénomènes du souvenir persistent subconsciemment pendant la veille, pourquoi l'attention semble devenir plus facile pendant les somnambulismes. En un mot, il faut étudier la nature de la distraction et en particulier la nature de cette distraction extraordinaire de l'hystérique, ce qui n'est possible, à notre avis, qu'en examinant le rôle de la notion de personnalité dans les souvenirs comme dans les sensations.

Voyons, en effet, ce qui se passe chez M^me^ D., que l'on peut considérer comme le type de ce genre d'amnésie par maladie de la personnalité. Dans quelles circonstances le souvenir est-il absent chez elle ? Quand on l'interroge directement en l'appelant par son nom, ou bien quand elle s'interroge elle-même de la même manière. En un mot, le souvenir semble disparaître toutes les fois que sa personnalité est en jeu, toutes les fois où il faudrait

1. Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme. *Revue philosophique*, 1888, I, 249. *Automatisme psychologique*, 1889, 307. *Archives de neurologie*, 1892, 343.

2. Au Congrès de Londres, M. le P^r^ Ebbinghaus, de Berlin, avec une obligeance dont nous le remercions, a ajouté quelques explications à notre communication. Il insistait sur ce rôle de la distraction, qui nous paraît, en effet, essentiel, mais qui ne nous semble pas fournir une explication complète.

dire : « Je me souviens ». Au contraire le souvenir semble présent dans plusieurs autres circonstances, dans les rêves, le sommeil hypnotique, les actes irréfléchis, l'écriture et la parole obtenues pendant que la malade est distraite par quelque autre opération consciente. Ici, encore, il y a un caractère commun : le souvenir se présente quand la conscience claire et personnelle est absente, quand le souvenir est isolé, sans rapport avec la vie complète de la malade. Cela est bien visible dans son somnambulisme ; en effet, cet état est chez Mme D. tout particulier, ce n'est pas comme chez d'autres malades une seconde forme d'existence psychologique, avec des souvenirs qui lui soient propres et la formation d'une seconde personnalité. Non, c'est chez Mme D. un sommeil profond dans lequel elle n'a aucune réflexion, aucune spontanéité, je dirais presque aucune personnalité. Et quand on essaye, même pendant le somnambulisme, de constituer une personnalité, de relier par le souvenir les divers somnambulismes provoqués, on voit que la mémoire disparaît de nouveau. Le souvenir n'existe, même pendant le somnambulisme, que si la malade ne se rend compte de rien et répond automatiquement aux questions par association mécanique des idées sans réfléchir, sans avoir la perception personnelle de ce qu'elle fait.

Le même caractère est particulièrement net, à notre avis, si l'on examine les souvenirs qui se manifestent par l'écriture ou par la parole automatiques. Ces deux expériences intéressantes sont très difficiles à reproduire sur cette malade, et elles échouent souvent. Pourquoi ? Dès que Mme D. fait attention à son écriture, dès qu'elle sent ou entend sa propre parole, tout s'arrête et il n'est plus possible de manifester le souvenir. L'attention consciente, loin de faciliter l'écriture automatique, comme cela arriverait chez un simulateur, la supprime absolument. Le souvenir, en un mot, ne se manifeste qu'à l'insu *de la personne,* il disparaît quand la personne doit parler ou écrire en son propre nom, en sachant elle-même ce qu'elle fait. Ce caractère de la mémoire existe quelquefois même chez l'homme bien portant : nous ne pouvons quelquefois retrouver l'orthographe d'un mot qu'en laissant notre main écrire toute seule. Ce qui, chez nous, est accidentel, est presque général chez l'hystérique : « Je ne sais plus retrouver mes affaires, me disait une malade ; pour les retrouver, il ne faut pas que je songe à les chercher, je n'y parviens pas. Il faut que je laisse ma main marcher toute seule, elle trouvera

l'objet mieux que moi. » Chez les malades dont nous avons parlé, ce caractère a pris un développement énorme et nous croyons que pour résumer leur état on peut dire : « Les choses se passent comme si ces malades étaient devenues incapables d'avoir la perception personnelle de leurs souvenirs, d'assimiler à leur personnalité présente les images qui continuent à se conserver et à se reproduire automatiquement dans leur esprit comme si leur personnalité arrètée définitivement à un certain point ne pouvait plus s'accroître par l'adjonction, l'assimilation d'éléments nouveaux. »

Ce qui nous encourage à soutenir cette hypothèse, qui n'est qu'une pure représentation des faits, c'est que nous avons déjà éprouvé sa valeur en l'appliquant à d'autres phénomènes. Nous avons pu démontrer depuis 1887 que l'anesthésie hystérique n'est souvent qu'une distraction du même genre : elle n'existe ni dans les somnambulismes, ni dans les actes subconscients, elle n'est qu'un rétrécissement du champ de la conscience, une faiblesse de la personnalité incapable de synthétiser toutes les sensations. Quand nous avons étudié l'aboulie en 1891, nous avons retrouvé exactement les mêmes caractères : conservation des actes anciens déjà synthétisés autrefois, perte du pouvoir d'effectuer consciemment des actes nouveaux, conservation de tous les actes subconscients sans rapport avec la personnalité. La même lésion se manifestait autrement, le sujet devenait incapable de synthétiser les images motrices, de les rattacher à sa personnalité pour faire un acte volontaire qui fût personnel. Nous croyons que l'amnésie continue, se manifestant chez les mêmes malades, doit être du même genre. Il s'agit ici d'une grande fonction psychologique, l'assimilation des phénomènes élémentaires, sensations, images motrices, images du souvenir à la personnalité, et il s'agit ici d'une grande maladie psychologique dont les manifestations sont diverses, mais qui reste au fond toujours la même, la faiblesse du pouvoir de synthèse personnelle, l'arrèt plus ou moins complet de la construction de la personnalité. Nous ne pouvons étudier ici la localisation anatomique de ce trouble cérébral aujourd'hui encore bien hypothétique, nous ne pouvons qu'indiquer deux suppositions : l'engourdissement, la diminution de la vitalité, du pouvoir de construction organique peut porter sur les centres sensoriels eux-mêmes. Il laisse subsister en partie, sauf dans des cas particuliers, leurs fonctions essentielles, mais il supprime ce qui constitue le dernier terme, l'achèvement de ces fonctions, la possibilité de les associer

les unes avec les autres. Ou bien cet engourdissement peut porter de préférence sur des centres spéciaux d'association dont l'existence est aujourd'hui bien vraisemblable. C'est là un problème que nous espérons reprendre plus tard avec plus de précision. Est-il utile de forger un mot plus ou moins nouveau, de considérer cette maladie comme une *psychasthénie*, une *asynarthrie psychologique;* son résultat sera toujours un fait réel et bien connu : la *désagrégation de l'esprit*.

### *4. — Pathogénie. Rôle de l'idée fixe, influence dissociante de l'émotion.*

Il est bien difficile de remonter au delà et de rechercher pourquoi et comment se produit cette faiblesse de synthèse psychologique. Le plus souvent la désagrégation psychologique et les défauts de la perception personnelle nous semblent être des phénomènes primitifs, primitifs au point de vue psychologique, bien entendu. Ils sont la première manifestation d'une faiblesse, d'une imbécillité cérébrale qui se développe dans des conditions physiologiques particulières. C'est l'opinion que nous avons jusqu'à présent soutenue pour l'anesthésie hystérique et pour l'aboulie ; les autres phénomènes présentés par ces malades, comme certains troubles moteurs et la suggestibilité, nous ont paru secondaires aux premiers. Il doit en être souvent de même pour l'amnésie continue, et, si l'on considère surtout ses formes atténuées, on la rencontrera dans la plupart des épuisements cérébraux. Il en est ainsi pour Marcelle et en partie pour Maria, chez qui l'amnésie continue se rattache à des troubles de perception et à un grand engourdissement cérébral, déterminé chez l'une par la fièvre typhoïde, chez l'autre, en partie au moins, par l'intoxication alcoolique.

Mais cette explication simple n'est pas suffisante pour tous les cas qui sont souvent plus complexes. On constate quelquefois chez ces malades d'autres altérations mentales qui semblent en rapport avec l'amnésie.

Plusieurs de ces malades, en effet, comme Justine, par exemple, avaient en même temps des idées fixes sous la forme obsédante ou sous la forme impulsive. Ces idées étaient quelquefois visibles et avouées par le sujet lui-même qui se plaignait d'une obsession con-

tinuelle ; quelquefois elles n'étaient pas exprimées clairement par le sujet, mais se manifestaient par des mouvements ou des attitudes significatives ; souvent enfin elles étaient très difficiles à découvrir, la malade semblant n'en avoir ni le souvenir ni même la conscience claire, et il fallait user de toutes sortes de procédés psychologiques pour découvrir ce rêve permanent[1].

Mme D. rentrait précisément dans ce troisième cas : elle prétendait, quand on l'interrogeait sur ce point, soit pendant la veille, soit pendant le somnambulisme, n'être troublée par aucune idée, par aucun rêve, et avoir, sauf le manque de mémoire, l'esprit aussi libre que par le passé. La chose pouvait être vraie et cette amnésie continue pouvait être un fait primitif. Cependant, les exemples précédents, si analogues au cas de Mme D., me montraient que les idées fixes, même subconscientes, pouvaient jouer un rôle et qu'il fallait les chercher.

Connaissant déjà les idées fixes subconscientes sur lesquelles je préparais depuis quelque temps un travail, j'ai pu remarquer certains faits significatifs : 1° Mme D. avait de temps à temps, rarement il est vrai, de petites crises d'hystérie. Durant ces crises, elle manifestait une grande terreur, et répétait sans cesse des phrases comme celles-ci : « Mon mari, mes pauvres enfants... cette pauvre Jeanne qui n'a pas de robe de deuil... Oh ! cet homme, le misérable... etc... ». 2° La nuit cette malade se comportait de deux manières fort différentes : quelquefois, et c'était le fait qu'on avait remarqué en premier lieu, quoiqu'il fût en réalité le plus rare, elle s'endormait assez profondément d'un sommeil calme et alors rêvait des incidents journaliers : « la Salpêtrière... M. Charcot, les médecins en tablier blanc... » Mais le plus souvent elle ne dormait pas du tout et voici pourquoi : dès qu'elle s'assoupissait un instant, elle se réveillait en sursaut toute tremblante, avec une frayeur terrible[2]. Elle ne se rendait pas compte de ce qui l'avait effrayée, mais elle regardait de tous côtés comme si elle avait l'idée vague que quelqu'un venait d'entrer. Cette terreur recommençait dès qu'elle s'assoupissait de nouveau, si bien qu'elle préférait garder les yeux ouverts et ne pas dormir. Ses voisines la croyaient endormie et ne s'apercevaient de rien. Pendant le som-

1. Voir dans le chapitre I les idées fixes subconscientes de Marcelle, p. 16.

2. Voir dans le chapitre IX de cet ouvrage ce qui a rapport à *l'insomnie par idée fixe subconsciente*.

nambulisme profond elle m'expliquait très bien ces terreurs nocturnes; dès qu'elle dormait, elle avait une hallucination, voyait entrer l'homme qui l'avait effrayée au mois d'août et entendait distinctement ces paroles : « M^me D., préparez un lit, on vous amène votre mari qui est mort ». 3° Pendant le somnambulisme même, elle avait, quand on la laissait quelque temps livrée à elle-même sans lui parler, des soubresauts de terreur. Elle dressait la tête comme si elle écoutait quelqu'un et murmurait quelques mots entre ses dents: « Oh! cet homme, le misérable... j'aimerais mieux mourir, je me tuerai..., etc. » Il n'était pas facile de la faire sortir de cet état de rêverie quand on l'avait laissée s'y enfoncer, car à ce moment elle devenait insensible, ce qui ne lui était pas habituel. 4° Même pendant la veille elle avait fréquemment des soubresauts, des cris étouffés qu'elle réprimait immédiatement, parce que, disait-elle, elle ne savait pas ce que cela signifiait. En un mot, les remarques précédentes nous donnent à penser que l'événement terrifiant du 28 août n'a pas disparu de l'esprit de M^me D.; il se reproduit sous forme d'hallucination beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit, il obsède l'esprit pendant la journée et il détruit le sommeil pendant la nuit.

Ajoutons que la malade a encore d'autres idées fixes dérivées de la première par association, comme on l'observe si souvent, des idées de suicide extrêmement graves et même des idées d'homicide pour se venger. La nuit, dans certains états de somnambulisme, M^me D. a cherché à s'enfuir de la salle et à se blesser. Pendant certaines périodes, dont je montrerai tout à l'heure l'importance, elle est devenue obsédée par ces idées de suicide et d'homicide jusqu'à entrer dans un véritable délire. A ce moment on ne constatait que trop facilement l'idée fixe qui était restée bien longtemps tout à fait latente.

Quel rapport faut-il établir entre ce fait, cette idée fixe subconsciente, persistant presque constamment, et cette amnésie continue qui persiste également depuis six mois? Est-ce par une simple coïncidence que ces deux phénomènes se retrouvent simultanés chez ces quatre malades? Ce n'est pas vraisemblable, et ces deux faits doivent avoir de l'influence l'un sur l'autre.

Le rapport de ces deux faits pourra fort bien être différent suivant les cas, et je ne veux pas généraliser; mais ici, si l'on tient compte du début et de l'évolution de la maladie, on peut

dire, je crois, que c'est l'idée fixe qui est primitive et qu'elle amène l'amnésie à sa suite. Par quel mécanisme une idée fixe persistant ainsi empêche-t-elle M^me D. d'avoir la perception personnelle de ses souvenirs ? Je ne prétends pas le savoir complètement. D'abord, cette hallucination prive la malade de sommeil, ce qui est loin d'être insignifiant dans les maladies psychologiques. « La mémoire, disait le physiologiste Lesage, de Genève[1], est la faculté intellectuelle que la privation de sommeil affecte le plus. » En outre, cette idée fixe, qui à chaque instant tend à réapparaître et à envahir l'esprit, comme cela arrive pendant les crises, doit empêcher tout fonctionnement normal, et amener un état de distraction continuel. C'est en effet ce qui arrive : M^me D. n'est pas précisément une aboulique comme était Marcelle, la maladie ne porte pas nettement sur les images motrices, c'est incontestable; elle peut, quand on est près d'elle, quand on l'excite, faire quelques petits travaux intellectuels, très automatiques d'ailleurs, une addition ou une multiplication; mais en réalité sa volonté et son attention sont très altérées, elle est impatiente, énervée, susceptible au plus haut point, extrêmement suggestible, même à l'état de veille, incapable de comprendre ce qu'elle lit, d'écrire une lettre et d'assembler ses idées. Elle a perdu ses affections les plus profondes et elle est devenue tout à fait indifférente pour son mari et ses enfants. Elle n'est pas anesthétique, il n'y a même pas de rétrécissement du champ visuel, cela est, à mon avis, très étonnant et montre combien la désagrégation psychologique peut se localiser avec précision; elle ne porte ici nettement que sur les souvenirs et non sur les sensations. Mais cela n'empêche pas que ses rêveries ou le moindre travail ne puissent facilement la distraire à un tel point que pendant un moment elle ne sent plus le crayon dans sa main et qu'elle présente l'écriture automatique. L'anesthésie momentanée par distraction, comme je l'ai montré, est toute voisine de l'anesthésie hystérique. En un mot, il semble que la persistance presque continuelle de cette idée obsédante, trouble le sommeil, détourne l'attention et épuise le cerveau de manière à provoquer ce trouble continu de la perception personnelle que nous avons constaté dans les souvenirs.

1. Cité dans les notes de la traduction de Dugald-Stewart par Prévost. Genève, 1808, II, 450.

Ces explications sont cependant encore insuffisantes : d'abord tous les obsédés n'ont pas des amnésies semblables, ensuite au moins chez Mme D. l'amnésie continue et même rétrograde a existé dès le début, immédiatement après l'accident, à un moment où il n'y avait pas d'idée fixe proprement dite. L'idée fixe, en déterminant aujourd'hui l'amnésie, ne fait que reproduire et entretenir un phénomène qui avait déjà été produit par l'événement initial ; elle conserve simplement les propriétés et les caractères de cet événement lui-même.

Or quel a été ce fait psychologique qui a déterminé au début l'amnésie et qui en se reproduisant la perpétue ? Une très violente émotion, déterminée par la vue des cadavres pour Sch., l'annonce de la mort de son mari pour Mme D. Ce caractère émotionnant se retrouve dans les idées fixes de ces malades qui sont à chaque instant angoissées et tremblantes, parce que leur rêve plus ou moins conscient reproduit l'émotion primitive. Il en est de même pour Justine qui est continuellement dans un état de peur en pensant au choléra. C'est là un fait important à retenir, l'amnésie est en rapport étroit avec l'émotion. Peut-être pourrait-on sinon expliquer cette relation, au moins la ramener à une propriété plus générale de l'émotion. Quoique l'on ait fait récemment un grand nombre d'études sur l'émotion, on n'a pas assez insisté, à mon avis, sur une de ses propriétés psychologiques les plus curieuses que j'ai déjà eu l'occasion de signaler autrefois. « L'émotion, disais-je, rend les gens distraits ; bien plus, elle les rend quelquefois anesthésiques soit passagèrement, soit d'une façon permanante. Hack Tuke cite à plusieurs reprises des individus qui sont devenus aveugles ou sourds à la suite d'une forte émotion. J'ai constaté moi-même que chez des hystériques en voie de guérison, toute émotion subite ramène des anesthésies. En un mot, l'émotion à une action dissolvante sur l'esprit, diminue sa synthèse et le rend pour un moment misérable[1]. » Les émotions, surtout les émotions dites déprimantes, comme la peur, désorganisent, désagrègent les synthèses mentales ; si l'on peut ainsi dire, leur action est analytique par opposition à celle de la volonté, de l'attention, de la perception qui sont des opérations synthétiques.

On verra dans le cours de cet ouvrage et en particulier dans le chapitre XI sur » le besoin de direction » bien des exemples

1. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 457.

de ce caractère des émotions, et j'espère reprendre plus tard cette étude d'une façon plus spéciale. Pour le moment je signale seulement quelques faits connus. Un individu de volonté faible, un aboulique a beaucoup de peine à se décider à une action nouvelle, ce qui, comme on l'a vu, exige une synthèse mentale : la résolution est cependant prise et, s'il n'arrive aucun incident, l'acte va être effectué. Survient une émotion, une surprise, une peur et non seulement l'acte s'arrête, mais la résolution est perdue. « J'étais décidée et c'est singulier, je ne le suis plus. » Autre exemple : Maria est absolument dépourvue de certains sentiments, elle a en particulier perdu totalement l'amour maternel[1], j'arrive péniblement, par toutes sortes de procédés dont je ne peux parler ici, à raviver ce sentiment. C'est toute une construction de sensations, d'images, de souvenirs, de tendances qui se fait dans son esprit. La voici qui pleure ses enfants, qui veut les revoir, qui se dépouille pour leur envoyer quelque chose. Elle pourrait garder ces sentiments quelque temps ; mais elle se querelle avec une malade, elle se croit insultée, se met en colère : immédiatement tout est fini. Elle ne peut plus retrouver d'affection pour ses enfants, elle a de nouveau « le cœur froid » parce que la synthèse s'est détruite. Enfin, en excitant son attention, vous forcez un malade anesthésique à reprendre la sensibilité, un paralytique à reprendre la possession des images kinesthésiques et le mouvement volontaire, vous les amenez à rattacher à leur personnalité certaines sensations et certaines images, ce sont des synthèses mentales. La moindre émotion va détruire tout ce travail et dissocier de nouveau de la personnalité ces sensations et ces images. Les exemples de ces faits seraient innombrables, il faudra les considérer en détail dans une étude sur l'émotion.

Mais jamais ce pouvoir de dissociation qui appartient à l'émotion ne se manifeste plus nettement que dans son action sur la mémoire. Ces amnésies que l'on vient d'étudier ne sont pas des destructions mais des dissociations d'images. Le premier degré de cette dissociation et le plus fréquent c'est la séparation entre la personnalité et un groupe de souvenirs ; dans d'autres degrés plus graves la dissociation pourrait porter sur les souvenirs eux-mêmes et en désagréger les éléments de manière à rendre tout à fait impossible leur évocation, comme dans le cas de Marcelle. Cette

1. *Stigmates mentaux des hystériques*, 1892, p. 217.

dissociation peut s'exercer sur les souvenirs au fur et à mesure de leur production et constituer l'amnésie continue. Elle peut aussi s'exercer tout d'un coup sur un groupe de souvenirs déjà constitué, déjà rattaché à la personnalité. De même que nous venons de voir chez ces malades un arrêt de la construction de la personnalité, nous voyons maintenant sous l'influence de l'émotion une dissolution, une désagrégation de la personnalité déjà construite. Cette action dissolvante séparera de la conscience personnelle les souvenirs les moins solidement organisés. Quelquefois ces souvenirs dont les liens sont fragiles forment un groupe spécial, portent sur un même sujet et l'amnésie sera systématique. Mais il en est rarement ainsi et les amnésies systématiques ont d'ordinaire une autre origine. Le plus souvent ces souvenirs dissociés par l'émotion seront simplement les plus récents et l'amnésie déterminée par l'émotion prendra la forme bien connue d'amnésie rétrograde. La partie de la personnalité qui se dissocie la première est celle qui vient d'être le plus récemment construite, de même que, si on peut me permettre cette comparaison, les parties d'un édifice en construction qui seront le plus facilement démolies par un orage sont les parties les moins solides, les plus élevées, les plus récemment édifiées. La personnalité semblera rétrograder, se retrouver telle qu'elle était à une époque antérieure, parce que tout le travail de synthèse effectué depuis cette époque a été détruit[1]. C'est précisément ce qui a eu lieu chez M^me^ D. chez qui une amnésie rétroactive de plusieurs mois s'était jointe à l'amnésie continue. L'étude de l'évolution de cette maladie qui nous reste à faire complétera plusieurs points de cette interprétation.

En résumé, les troubles de la mémoire que nous venons d'étudier dépendent d'une absence de synthèse, d'une désagrégation mentale. La synthèse peut faire défaut dès le début par absence de perception; elle peut exister au début dans les perceptions et faire défaut plus tard dans l'assimilation des souvenirs à la personnalité. Cette faiblesse de synthèse peut être primitive et dépendre d'une insuffisance cérébrale congénitale ou acquise, elle peut être

1. Les études de ces phénomènes de construction, d'arrêt, de dissolution, de régression de la personnalité sous l'influence de la synthèse mentale d'un côté, de la maladie, de la fatigue, de l'émotion de l'autre ont fait l'objet de mon cours au collège de France sur les conditions psychologiques de la personnalité en 1895-96, quand j'ai eu l'honneur de suppléer M. Ribot; je ne puis que les signaler ici rapidement avec l'espoir de les publier un jour d'une façon plus complète.

secondaire à des idées fixes qui épuisent le cerveau et surtout à des idées fixes qui reproduisent constamment un état émotif grave, car l'émotion a dissocié au début les synthèses mentales et sa répétition empêche leur restauration.

## 5. — *Traitement et évolution de la maladie.*

Guidé par les considérations précédentes, j'ai cherché à modifier l'idée fixe persistante pour voir si on n'atteindrait pas par là indirectement l'amnésie continue. Pendant huit mois, aucun procédé n'avait pu modifier cette amnésie, les souvenirs personnels et conscients de Mme D. s'arrêtaient toujours exactement au 14 juillet 1891, quelques mots seulement lui avaient pu être appris à force de suggestions. Les excitations de la sensibilité périphérique, qui d'ailleurs semblait être intacte, par les douches, l'électricité, le massage, les suggestions relatives à la mémoire elle-même, à la sensibilité, au fonctionnement cérébral, aux efforts d'attention n'avaient eu pratiquement aucun résultat. Au lieu de m'attaquer directement à l'amnésie elle-même, ce qui n'avait produit aucun effet, je ne me suis préoccupé que de l'idée fixe, ou, si l'on préfère, de l'émotion persistante. Jugeant impossible de la supprimer radicalement par suggestion, je me suis borné à la modifier en y introduisant par suggestion des hallucinations différentes, bien moins émotionnantes que les anciennes[1]. Je n'insiste pas sur les difficultés de ce travail. La thérapeutique psychologique, on aurait grand tort de l'oublier, en est encore à la période des premiers tâtonnements. Toujours est-il que, en quelques jours, j'avais modifié cette idée fixe. Mme D. rêvait toujours, mais l'homme qui lui apparaissait l'effrayait beaucoup moins maintenant, car il était transformé. Il avait pris ma propre figure et, au lieu de sa phrase terrifiante, il disait simplement : « Mme D., préparez un lit, car je désire coucher chez vous à M. » Cette modification de l'hallucination se fit en quelques semaines au début du mois de mai 1892. Elle eut très rapidement un résultat des plus remarquables que l'on n'avait pu obtenir en huit mois de traitements divers. Mme D. tout éveillée et consciemment eut des souvenirs vagues de son

1. Voir dans le chapitre suivant « *histoire d'une idée fixe* » quelques détails sur ces procédés de suggestion thérapeutique.

passé, elle put dire d'elle-même : « C'est une peur qui m'a rendue malade, on m'a annoncé une mauvaise nouvelle. » En quelques jours, elle retrouva le souvenir des mois de juillet, août et septembre, c'est-à-dire des périodes les plus anciennes sur lesquelles s'étendait l'amnésie.

Je signale, à ce propos, un fait physiologique qu'il est inutile de chercher à expliquer par des hypothèses aventureuses. Le retour des souvenirs, l'opération, quelle qu'elle fût, par laquelle la personnalité rentrait en possession de ces souvenirs si longtemps oubliés s'accompagnait de violentes douleurs de tête. J'ai vu M^me^ D. crier de douleur, éprouver des vertiges à ne plus pouvoir se tenir debout et même délirer quand elle rentrait en possession d'un groupe important de souvenirs. Ces symptômes s'atténuaient et disparaissaient quand les souvenirs étaient définitivement acquis. Cette douleur *dans la tête* n'est pas une douleur superficielle dépendant d'une hyperesthésie du cuir chevelu, c'est une sensation de douleur profonde. Ce phénomène sans être absolument général, est fréquent chez les hystériques ; je l'ai constaté au début des attaques, à la fin des somnambulismes provoqués, au moment où j'excitais les malades à retrouver la sensibilité ou le mouvement d'une partie importante du corps, en un mot toutes les fois que se produisait une grande modification de leur état psychologique. Quand la modification est devenue habituelle, chez un sujet fréquemment mis en somnambulisme, par exemple, cette douleur ne se produit plus. Elle paraît accompagner les modifications psychologiques considérables et inattendues. La place de cette douleur m'a semblé peu variable : les sujets désignent d'ordinaire la partie supérieure du front ou le vertex, plus rarement une partie plus reculée sur la ligne médiane. Il faut se défier de la suggestion involontaire, quand on interroge les sujets sur cette douleur, car ils arrivent très vite par une sorte de dressage à la localiser au gré de l'opérateur en des points variés. Cette douleur doit évidemment correspondre à un certain travail cérébral, à une modification de la circulation dans le cerveau ou dans les méninges, à un changement de pression du liquide céphalo-rachidien ou à quelque changement inconnu de l'état des cellules. Il faudrait être bien hardi pour préciser davantage.

Les mêmes essais furent naturellement continués, je cherchai à diminuer encore l'idée fixe, je fus forcé de lutter contre une idée fixe nouvelle, étroitement liée d'ailleurs à la précédente, qui

s'était déjà manifestée pendant la grande crise délirante du début et qui avait ensuite persisté à l'état subconscient sans qu'on la connût, celle du suicide. Cette idée, comme cela arrive souvent, avait grandi énormément depuis la disparition de l'idée fixe principale ; elle était devenue impulsive tout en restant subconsciente et provoquait souvent le jour et surtout la nuit des actes dont la malade ne se rendait pas compte, mais qui n'en étaient pas moins dangereux. M[me] D. n'a point eu des idées fixes nombreuses comme Marcelle, elle n'a jamais eu que ces deux idées liées ensemble :

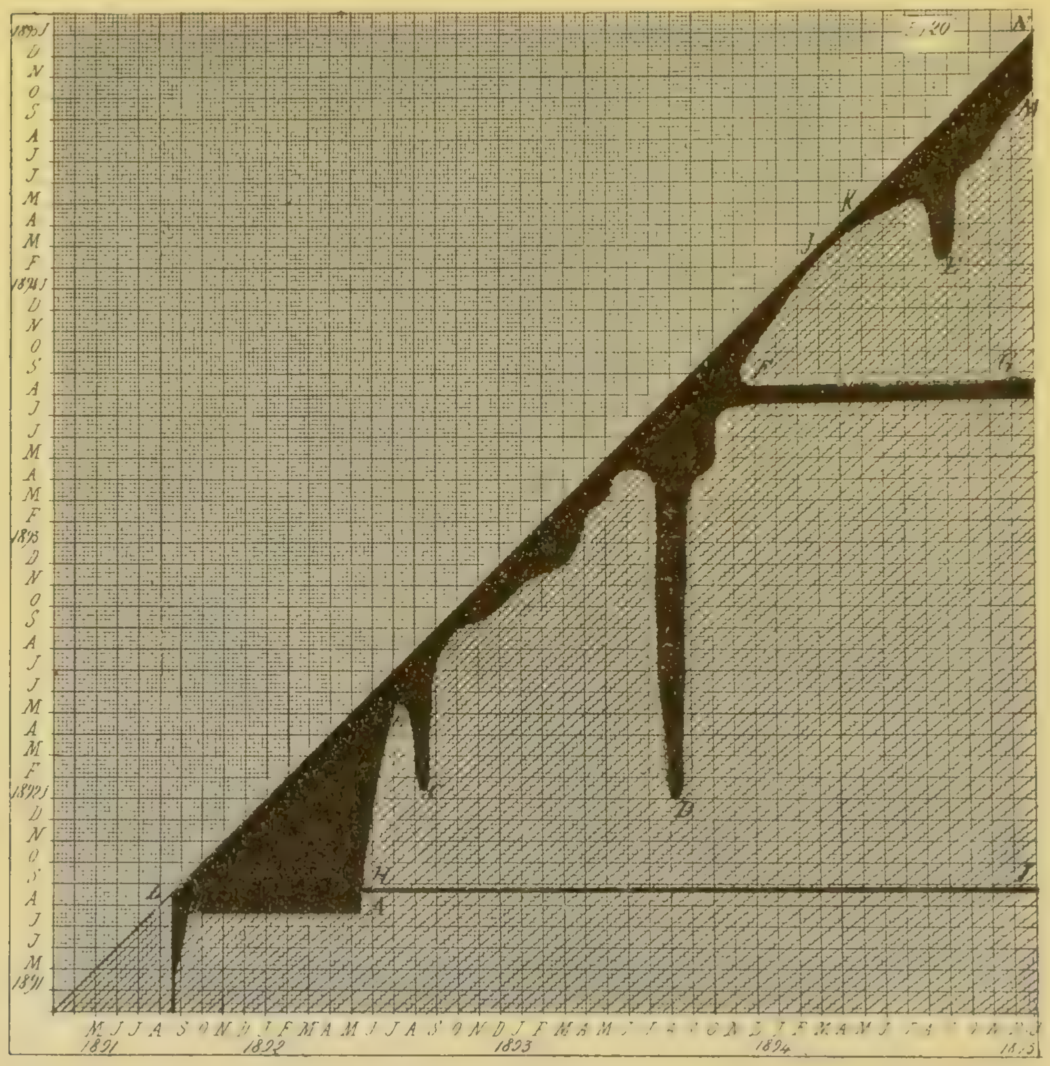



Fig. 20. — Représentation graphique de l'état de la mémoire personnelle de M[me] D. pendant 4 années.

l'image de la mort de son mari et l'impulsion au suicide par désespoir. Mais, je ne veux pas insister maintenant sur cette question des idées fixes et sur ces problèmes de thérapeutique ; je signale seulement en quelques mots de quelle manière se fit le retour graduel des souvenirs.

La mémoire fit des progrès pour ainsi dire dans les deux sens, aux deux extrémités : les souvenirs du présent persistèrent plus longtemps et les souvenirs du passé réapparurent. Étudions d'abord le second point, le plus simple. *Les souvenirs qui réapparurent les premiers furent toujours les plus anciens.* Mme D. retrouva d'abord la mémoire de la fin de juillet 1891, puis les souvenirs du mois d'août et de l'événement qui l'avait tant bouleversée, du mois de septembre, de son voyage, de la morsure du chien enragé, des cautérisations, de l'institut Pasteur, de l'entrée à la Salpêtrière en novembre, etc. Cette marche du retour des souvenirs est bien nette et tout à fait importante: c'est une nouvelle confirmation de la loi de Ribot, de la loi de régression[1]. Cet ordre dans la réapparition des souvenirs se marque fort bien dans la figure 20 qui représente l'évolution de la mémoire de Mme D. pendant 4 ans. Cette figure, qui me semble intéressante, représente assez bien toutes les modifications singulières qui surviennent dans la construction de la personnalité, considérée uniquement dans cette étude au point de vue de la mémoire. Si on admet comme toujours que le triangle inférieur qui est strié transversalement représente la personnalité en voie d'accroissement, on voit bien ici les régressions, les temps d'arrêt complet, les progressions rapides ou lentes qui ont eu lieu pendant cette longue période de quatre années. Mais j'insiste surtout en ce moment sur la réapparition des souvenirs et sur l'ordre de cette réapparition. Dans cette figure, en effet, on voit, entre les points A et B qui correspondent au mois de mai 1892, diminuer rapidement la bande noire qui représente l'amnésie et cette diminution commence par la partie inférieure qui correspond aux souvenirs les plus anciens.

Cette restauration des souvenirs anciens ne fut pas immédiatement définitive. Ils étaient exprimés d'abord avec une hésitation et un doute bien caractéristiques: ici encore on voit, comme dans l'observation précédente de Marcelle le rapport entre le doute et l'amnésie. En outre, à la plus légère émotion, la malade sent une vive souffrance, comme un coup dans la tête, comme si des éléments se désunissaient de nouveau, pourrait-on dire si l'on ne voulait éviter les hypothèses, et une nouvelle amnésie est manifeste. Cette amnésie commence toujours par enlever le souvenir des événements les plus récents, comme on le voit par les bandes noires C D E qui

1. Ribot, *Les maladies de la mémoire*, 1883, p. 91-95. Paris, F. Alcan.

descendent plus ou moins bas et enlèvent plus ou moins des souvenirs nouvellement acquis. Ce rôle de l'émotion qui *désorganise les synthèses mentales* est ici encore bien caractéristique.

Chez Mme D. on voit que les émotions les plus violentes, celles qui désorganisent la mémoire acquise et ramènent le plus gravement l'amnésie, se reproduisent périodiquement au mois d'août de chaque année. Il est facile de comprendre de quoi il s'agit, l'anniversaire néfaste du 28 août ramenait les idées fixes et les émotions systématiques que j'avais eu tant de peine à diminuer. Au mois d'août 1893, en particulier, sans que j'en sache la raison, cet anniversaire détermina pendant six semaines un bouleversement terrible de l'esprit et du corps. La malade continuellement obsédée devint complètement délirante, elle bavardait d'une manière incohérente, et cherchait sans cesse à se frapper et à se tuer elle-même. Pendant les courts instants où on pouvait l'interroger, on remarquait que l'amnésie avait remonté jusqu'en décembre 1892, peu de temps après son entrée à la Salpêtrière.

Pendant cette période de délire, l'amnésie était-elle absolue ? Il était plus difficile de le dire car pendant cette période il fut impossible de provoquer le sommeil hypnotique, ni l'écriture automatique. Ce fait s'accorde avec une remarque que j'ai souvent faite, c'est que les symptômes hystériques exigent pour se manifester un certain équilibre au milieu du désordre de la pensée et disparaissent dans les délires graves. Mais cependant on pouvait remarquer dans la conduite de la malade certains actes irréfléchis qui prouvaient la permanence de ces souvenirs en apparence disparus. Ainsi elle détournait la tête et pleurait en passant près du lit où une jeune malade venait de mourir quinze jours auparavant. Un de ces faits particulièrement curieux fut le suivant : deux mois auparavant, dans une période de santé morale bien meilleure, au moment où elle avait une mémoire bien plus étendue, Mme D. avait perdu une bague à laquelle elle tenait beaucoup. Il fut impossible, soit pendant la veille, soit même pendant le somnambulisme provoqué, de lui faire retrouver l'endroit où elle avait déposé cette bague, et il ne fut plus question de cet incident. Au milieu de son délire, deux mois plus tard, elle se mit tout d'un coup, sans aucune raison apparente, à parler de cette bague et déclara qu'elle l'avait retirée pour se laver les mains et déposée dans tel endroit : la bague s'y trouvait effectivement. Il est inutile de parler de lucidité, il s'agit d'un souvenir persistant qui n'avait pu être

évoqué dans aucun des états précédents et qui reparaissait grâce au bouleversement du délire.

Ce délire fut également accompagné de troubles physiques graves, vomissements, état saburral, arrêt des règles qui ne recommencèrent que trois mois plus tard, contractures des muscles du tronc et surtout des muscles lombaires, ce qui s'accorde bien avec le caractère hystérique de toute cette maladie.

Ce délire a eu naturellement, à cause du trouble des perceptions, une conséquence grave pour la mémoire ultérieure : il détermina une amnésie localisée persistante, correspondant à la période qu'il avait occupée, août 1893, ligne FG de la figure 20, de même que la crise du début avait déterminé l'amnésie localisée HI.

Après ces fâcheuses périodes, et sous l'influence du même traitement, la mémoire continua ses progrès et recupéra des souvenirs d'événements de plus en plus récents. Mais comme l'amnésie continue, avec une restriction que l'on verra tout à l'heure, continuait à supprimer la mémoire des faits actuels, il en résultait un fait bizarre : c'est que la mémoire tout en avançant ne parvenait jamais à être absolument complète. Il y avait toujours, quand on interrogeait la malade, une lacune portant sur les journées et les semaines immédiatement précédentes, tandis qu'elle se souvenait très bien de ce qui s'était passé un ou deux mois auparavant. A un certain moment, de février à avril 1894, en JK (fig. 20), cette lacune, ce retard de la mémoire était très petit, il ne dépassait pas trois semaines : le 30 avril la malade se souvenait fort bien de faits survenus le 4 et le 8 avril, mais ignorait tout à fait ce qu'elle avait bien pu faire ou voir le 15 ou le 20. Il est vrai que le 25 mai elle racontait très bien ces faits du 15 et du 20 avril mais en ayant oublié ceux du 30 avril ; en un mot, à quelque moment qu'on l'observât, (en dehors du sommeil et du somnambulisme bien entendu) elle avait une mémoire complète sauf pour les trois dernières semaines. C'est encore là une amnésie singulière dont la figure 20 rend bien compte, mais qu'il est difficile de décrire et de désigner. Elle diffère en effet de l'amnésie continue telle que nous la décrivions au début. En effet, celle-ci efface définitivement tous les souvenirs récents et, c'est là son grand caractère psychologique, ne permet pas à la mémoire et par conséquent à la personnalité de s'accroître, on le voit bien dans la figure de L à A. La nouvelle forme d'amnésie enlève bien les souvenirs récents au fur et à mesure de leur production, mais ne les enlève pas définitivement, puis-

qu'elle les laisse réapparaître 3 semaines ou un mois après ; elle permet à la mémoire et à la personnalité de se développer en définitive considérablement, comme on le voit de B à M. C'est là une variété bien particulière de l'amnésie continue que nous désignerons faute de mieux par une longue périphrase, *amnésie continue avec limite progressive, mémoire retardante,* ou même, si on veut bien en se reportant à la figure comprendre le sens de cette expression, *personnalité retardante.*

On pouvait espérer que, cette lacune diminuant, la mémoire finirait par être complète. Mais la malade quitta l'hôpital en avril 1894 et, n'étant plus soumise chez elle à la même surveillance pour contenir ses émotions systématiques persistantes, elle eut de nouveau une amnésie plus considérable comme on le voit de K à N. Au printemps de 1895, le retard était de six mois. Mais ce retard, ainsi qu'on me l'a annoncé récemment, a diminué lentement et il n'est plus maintenant que de quelques semaines, comme il avait été au printemps de 1894. Peut-être finira-t-il par disparaître.

Cette forme d'amnésie continue peut-elle s'expliquer de la même manière que la première ? Elle est évidemment beaucoup plus complexe. Les mêmes faits qui subsistent toujours (existence des souvenirs dans le somnambulisme, dans l'écriture automatique, etc.) nous montrent encore qu'il ne s'agit pas d'une destruction des images, mais d'un défaut de synthèse personnelle. Mais comment comprendre cette restauration perpétuelle des souvenirs qui se fait toujours en commençant par les plus anciens ? Il faut admettre que cette assimilation personnelle des souvenirs n'est plus totalement absente comme précédemment, elle est simplement faible et impuissante. Aussi ne peut-elle s'exercer que lorsque le travail est facile et disparaît-elle dans tous les cas où la synthèse est difficile. L'anesthésie hystérique nous présente des phénomènes du même genre, à côté des sujets totalement anesthésiques qui ne perçoivent rien, il y a les sujets moins malades qui sont anesthésiques pour la plupart des excitations, mais qui prennent conscience de certaines excitations que leur force, leur netteté, leur intérêt, leur caractère habituel rendent plus faciles à assimiler à la personnalité. C'est ce qui se passe dans beaucoup d'anesthésies ou d'esthésies systématisées. Pour que cette explication s'applique à notre cas, il faut simplement admettre que les souvenirs d'hier sont plus difficiles à rattacher à la conscience personnelle que ceux du mois précédent. C'est ce que beaucoup d'auteurs et en particulier M. Ribot avaient

admis[1], quand ils disaient que « les structures formées les dernières sont les plus complexes et les premières à dégénérer ». On peut dire également d'une manière inverse que les structures les plus anciennes sont devenues les plus simples et les plus solides. Comment se fait ce changement ? Est-ce que les souvenirs d'hier deviennent moins complexes à mesure que le temps s'écoule, parce que certains détails qui les compliquaient s'effacent peu à peu ? Se fait-il d'une manière subconsciente dans le cerveau et dans la pensée un travail d'organisation qui construit avec ces souvenirs des groupes, des systèmes plus simples ? Il semble en effet que nous conservons les souvenirs en les groupant d'une façon simple autour de quelques faits principaux. Ce sont des problèmes que l'on ne peut encore trancher. Il faut seulement remarquer à propos de notre malade un fait bien curieux : cette organisation lente des souvenirs, qui peu à peu les simplifie et les rend plus aisément assimilables, continue à se faire d'une manière subconsciente pendant une période où ces souvenirs ne sont pas possédés en réalité par la malade, où ils semblent être disparus. Le même fait se passe d'ailleurs toutes les fois que, après une amnésie rétrograde, il y a restauration des souvenirs en commençant par les plus anciens. Cette remarque s'ajoute à toutes les précédentes pour montrer que dans des cas de ce genre l'amnésie n'est absolue qu'en apparence, que les souvenirs existent encore et subissent même en dehors de la conscience personnelle un certain travail d'organisation. Quelle que soit l'interprétation de ces faits, constatons simplement cette loi intéressante : plus les facultés de synthèse personnelle sont affaiblies chez M^me D. plus les souvenirs dont elle peut prendre conscience sont lointains, plus sa puissance de synthèse personnelle est développée plus les souvenirs conscients sont récents.

Telles sont les remarques que nous suggère la restauration des souvenirs anciens chez cette curieuse malade, mais il nous faut étudier, comme je l'ai annoncé, la modification qui s'est opérée parallèlement dans l'acquisition immédiate des souvenirs de la journée. On sait qu'au début les souvenirs n'existaient aucunement : toute perception disparaissait aussitôt qu'elle était terminée. Dès le mois de mai 1892, dès que le sujet moins émotionné par ses

1. Ribot, *Maladies de la mémoire*, 1883, p. 99.

idées fixes subconscientes fit les progrès que l'on vient d'étudier, cette durée des perceptions présentes se modifia également. Les souvenirs persistèrent quelques minutes, puis, une heure, une matinée ; assez rapidement, en quelques semaines, la malade en vint à conserver des souvenirs une journée entière. Mais à ce moment se présenta un obstacle inattendu dont il m'a été absolument impossible de triompher. *Je n'ai jamais pu amener la mémoire à franchir l'obstacle de la nuit et du sommeil.* Je m'explique : M^me D. interrogée à dix heures du soir nous raconte correctement tous les événements de la journée depuis six heures du matin, elle a donc une mémoire qui porte sur seize heures en arrière. Elle se couche, s'endort ; quand elle se réveille, elle constate avec désespoir qu'elle n'a plus absolument aucun souvenir de la veille. Sa mémoire recommence à enregistrer tous les événements de la journée, le soir à dix heures elle les sait tous ; quelques heures plus tard, les voici de nouveau tous disparus. Eh bien, cette malade, qui était dans cet état au moment où elle a quitté l'hôpital, est restée dans la même situation depuis cinq ans : le progrès obtenu s'est toujours arrêté au même point.

Notons que les souvenirs de la veille ainsi effacés ne sont pas définitivement perdus, dans trois semaines ou dans trois mois, suivant l'état de la malade, ils vont réapparaître et cette fois définitivement. On voit dans la figure 21, qui représente, si l'on veut, le fragment JK de la figure précédente très grossi, le souvenir de l'événement A conservé pendant la journée de B à C disparaître de C en D et réapparaître définitivement de D en E. C'est encore là une forme de l'amnésie continue périodique que je ne cherche pas à caractériser par un mot. Elle a encore perdu un de ses caractères, c'est-à-dire l'absence complète des souvenirs et elle se rapproche de l'amnésie localisée qui supprime un groupe de souvenirs auparavant constitués.

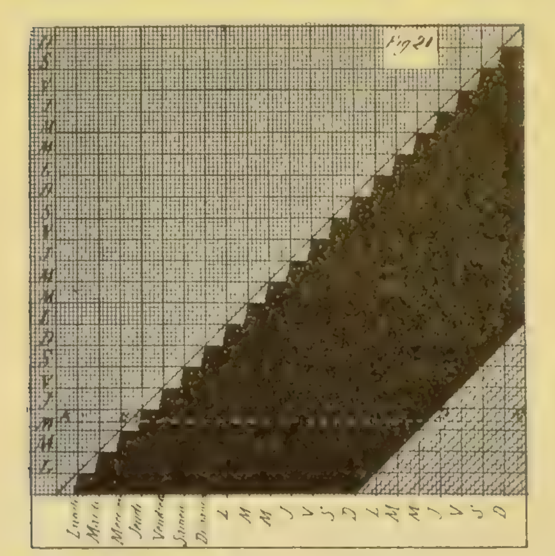


Fig. 21. — Dernière forme de l'amnésie continue chez M^me D. Cette figure représente la partie *JK* de la figure précédente très grossie.

Je ne retirerai de l'étude de ces faits pour le moment bien

complexes que deux notions intéressantes. D'abord il faut remarquer l'influence de la nuit et du sommeil. Cette malade a toujours pendant la nuit, qu'elle dorme ou non, des rêves, des rêveries particulièrement pénibles dont nous savons l'influence sur la conservation des souvenirs. Nous voyons se passer ici en petit ce qui a lieu au mois d'août, quand l'émotion enlève une certaine quantité de souvenirs déjà organisés. Ici encore les souvenirs les plus récents disparaissent rapidement suivant l'ordre indiqué par la loi de Ribot. Réveillée tout au début du sommeil, ainsi que je l'ai constaté, elle a déjà oublié les événements de la soirée et de la fin de la journée, plus tard la journée entière. Je voudrais remarquer aussi que chez cette malade les souvenirs de la journée semblent avoir quelque unité ; en commençant par les derniers ils ne tardent pas à disparaître tous. Il semble qu'il y ait une première synthèse dans la mémoire qui consiste à réunir ensemble les événements d'une journée et qu'il faille un nouveau travail dont notre malade est incapable pour réunir les diverses pensées malgré l'intervalle, l'interruption de la nuit.

Nous sommes encore loin de bien comprendre l'explication physiologique et psychologique de tous ces faits, leur étude nous permet seulement de pénétrer un peu plus dans la connaissance de la mémoire et dans l'étude de ses rapports avec la conscience personnelle. Dans les études suivantes j'aurai l'occasion de revenir sur le traitement de ces symptômes qui ont le plus grand rapport avec les troubles de l'attention et les idées fixes.

---

## CHAPITRE IV.

### HISTOIRE D'UNE IDÉE FIXE[1]

1. L'idée du choléra. — 2. Les idées fixes secondaires. — 3. La suggestibilité et l'aboulie. — 4. Éducation de l'esprit. — 5. Évolution de la maladie. Antécédents personnels et héréditaires.

Il est aujourd'hui bien difficile de déterminer d'une manière générale les lois psychologiques qui régissent les maladies de l'esprit : les généralisations hâtives n'aboutissent toujours qu'à des conceptions aussi étroites qu'absolues. Il faut, dans cet ordre d'études comme dans les autres, savoir s'en tenir longtemps à l'observation et à la description des faits particuliers ; il est bon de chercher d'abord à comprendre le malade avant d'essayer d'expliquer la maladie. C'est pourquoi on nous excusera si, dans nos recherches sur les idées fixes, nous n'entrons pas encore dans l'étude ni dans la bibliographie de la question considérée d'une manière générale, si nous nous arrêtons encore à l'analyse d'un cas particulier. Ce sera une occasion pour vérifier des notions que nous avons déjà exprimées à propos d'une autre malade[2] et pour en signaler peut-être quelques nouvelles.

La personne à laquelle nous consacrons aujourd'hui cette étude est une femme de quarante ans que nous désignerons sous le nom conventionnel de Justine. Nous l'avons rencontrée pour la première fois, il y a trois ans, à la consultation de M. Séglas qui a bien voulu nous la confier. Sans la faire entrer dans un hôpital,

1. Étude déjà parue dans la *Revue philosophique*, février 1894, p. 121. Nous ajoutons seulement quelques détails.

2. Voir l'étude précédente sur un cas d'aboulie, ch. I.

ce qui n'a jamais été nécessaire, nous l'avons engagée à venir nous voir régulièrement dans les différents services où nous faisions nos études médicales. C'est ainsi que nous l'avons étudiée d'abord tous les huit jours, puis à des intervalles plus éloignés pendant trois ans. Son état mental, très grave au début, s'est peu à peu heureusement modifié et depuis plus d'un an il s'est rétabli, au moins autant que cela est possible. Il nous semble que cette amélioration est maintenant assez stable pour que nous puissions décrire l'état actuel de la malade et pour que nous considérions l'analyse de cette personne comme momentanément assez complète.

Quand Justine fut amenée par son mari à la Salpêtrière en octobre 1890, elle se présentait de la manière suivante. C'est une femme grande et forte, les cheveux épais et très noirs, les yeux de couleur très foncée, grands ouverts et hagards, avec les pupilles très inégales; les traits réguliers ne seraient pas déplaisants s'ils n'étaient troublés par des grimaces et des tics continuels; la face est alternativement très pâle, puis marbrée de plaques rouges; les mains sont moites et tremblantes, la démarche est mal assurée. Dès que l'on veut examiner cette femme, elle cache sa figure dans ses mains et éclate en sanglots: « Oh! c'est horrible de vivre ainsi, j'ai peur, j'ai peur! — De quoi? — J'ai peur du choléra. » Ce mot résume toute l'observation : il s'agit d'une malade obsédée par l'idée la plus banale, l'idée d'une maladie, l'idée du choléra. Précisément parce que cette idée est relativement simple, il nous a semblé utile de l'analyser, de suivre son évolution et, s'il était possible, sa disparition. Quoique les antécédents personnels et héréditaires de Justine soient à notre avis fort intéressants, nous ne les exposerons pas au début de ce travail. Leur étude soulève des questions délicates qui nous détourneraient de notre sujet principal, l'analyse d'une idée fixe. Nous les retrouverons plus tard quand nous chercherons à comprendre la nature et l'origine de cette maladie.

### 1. — *L'idée du choléra.*

Sans étudier pour le moment les divers accidents qui ont caractérisé la vie de notre malade, nous rappellerons brièvement les faits qui ont rapport à l'idée fixe actuelle. Justine, qui avait tou-

jours été extrêmement émotive, était dès sa jeunesse très effrayée à la pensée de la mort. Cette préoccupation de la mort était due sans doute au métier qu'exerçait la mère de Justine. Celle-ci était garde-malade et elle avait souvent à garder et à ensevelir des morts ; quelquefois même elle se faisait aider par sa fille dans ses pénibles fonctions. Justine, âgée de dix-sept ans, fut très impressionnée par la vue de deux cadavres de cholériques. Elle rentra préoccupée et, quoiqu'elle ne se plaignît de rien, ne put s'empêcher pendant des années qui suivirent de penser très fréquemment à ces victimes du choléra. Cette pensée n'était pas continuelle, elle ne revenait que pendant les périodes de tristesse et de fatigue et restait encore vague et peu précise ; « ce n'était qu'une *idée* », disait la malade dans un langage que nous comprendrons mieux tout à l'heure. Cependant cette jeune fille songeait à la mort, était envahie par la peur ; elle sentait une voix lui dire en dedans : « Donne-moi ton âme... », et elle se surprenait à répondre tout haut : « Non, non ». L'idée prenait déjà un caractère émotionnant et pathologique.

L'année suivante, une fièvre typhoïde légère et peut-être un travail pénible et peu hygiénique dans une manufacture de tabac provoquèrent une aggravation considérable des préoccupations morbides. Plusieurs fois par jour, Justine pâlissait, avait des sueurs froides et des tremblements que l'on ne pouvait s'expliquer et qui étaient dus à la pensée de plus en plus émotionnante du choléra. Ces symptômes allèrent en s'aggravant et, vers l'âge de vingt-trois ans, apparaissent de violentes attaques de nerfs dont nous pourrons bientôt apprécier la nature. On espéra, suivant le préjugé populaire, arrêter tous ces accidents nerveux par le mariage : à vingt-huit ans, Justine épousa un excellent ouvrier qui se montra toujours vis-à-vis de sa femme extrêmement dévoué et même trop indulgent. Le mariage diminua d'abord les idées lugubres de la malade en donnant naissance à deux autres idées fixes qui firent diversion. Justine se crut enceinte et présenta pendant plusieurs mois toutes les apparences de la grossesse. Il fallut enfin se convaincre qu'il n'y avait là rien de réel, et Justine eut une autre idée fixe, la haine de son mari et la pensée du divorce. Elle courait chez les avoués et les avocats pour faire rompre son mariage et commettait mille excentricités. Mais ce n'était là qu'un incident de minime importance, l'idée du choléra reprit bientôt le dessus, grandissant toujours

et amenant des terreurs et des attaques de plus en plus fréquentes. On parvint cependant à soigner cette femme chez elle pendant bien des années. Mais récemment, à la suite d'une attaque d'influenza, les choses s'aggravèrent tellement que le mari se décida un peu tard à considérer Justine comme une aliénée et à la conduire à la Salpêtrière.

La malade sans doute présente des troubles psychologiques très variés; elle est constamment dans sa chambre, ne fait aucun travail et passe sa vie à gémir ou à crier, elle ne parle de rien, comprend peu ou point ce qu'on lui dit, etc., etc., Mais tous ces troubles sont délicats à apprécier: nous les étudierons plus tard quand nous aurons compris le phénomène principal qui certainement domine tous les autres, l'idée du choléra.

Dès que nous interrogeons cette personne sur ce sujet délicat, elle se trouble, rougit et pâlit, se met à pleurer et ne répond que quelques mots : « J'en ai bien peur... et depuis longtemps...; je ne sais pas pourquoi..., je ne sais pas ce qui me fait peur... » Elle ne peut s'expliquer mieux, car aussitôt elle semble perdre conscience. Tous les membres tremblent, les dents claquent et se serrent, les bras font des gestes de défense et de terreur et le corps se rejette en arrière. Après quelques contorsions, Justine se met à pousser des cris épouvantables, elle reste les yeux ouverts, fixes comme s'ils regardaient quelque chose, la bouche ouverte pleine d'écume et d'eau qui s'écoule sur les lèvres. De temps en temps, elle fait entendre au milieu de ses cris des paroles intelligibles : « Le choléra, il me prend, au secours ! » Elle a des crampes et des contractures dans les jambes, elle asphyxie, devient bleuâtre et vomit soit ses repas, soit un liquide aqueux : enfin il lui arrive de perdre ses urines et ses selles sous elle. Cette scène se prolonge et se répète quelquefois pendant plusieurs heures. Puis la malade revient peu à peu à la conscience ; quoiqu'elle conserve quelques contractures aux jambes, elle se sent soulagée; elle répare le désordre de sa toilette, et comprend vaguement d'après les traces ce qui vient de se passer, mais elle n'a aucun souvenir précis. Elle reste ainsi raisonnable quelque temps, mais à la moindre allusion qui rappelle l'idée du choléra tout recommence.

Comment faut-il comprendre toute cette scène? C'est une attaque d'hystérie. Sans doute, c'est là le nom commun qui désigne

facilement un nombre immense de phénomènes à peu près semblables à ceux-ci, mais peut-on préciser davantage la nature de cette attaque ? Quand on examine la malade pendant ses convulsions et ses cris de terreur, on est disposé à croire qu'elle n'a conscience de rien, on peut lui crier aux oreilles sans qu'elle réponde, la piquer et la brûler sans qu'elle réagisse. C'est là, comme on sait, une illusion, les phénomènes conscients ne sont pas abolis ; mais l'esprit des malades absorbé par une idée envahissante n'est plus capable de les percevoir ni d'en conserver le souvenir. Il suffit, pour provoquer des manifestations intelligentes, de déterminer des phénomènes en rapport avec ceux que la malade perçoit encore, d'entrer pour ainsi dire dans le rêve. Au moment où Justine s'écrie : « Le choléra, il va me prendre... », je lui réponds : « Oui, il te tient par la jambe droite », et la voici qui retire violemment sa jambe droite. De cette façon, on arrive, avec un peu de patience, à provoquer des réponses et à causer même avec la malade : « Où est-il donc ton choléra ? — Là, vous voyez bien, ce mort tout bleu, comme ça pue ! » Quand on en est arrivé à ce point, on peut diriger l'esprit lentement sur d'autres sujets et causer un peu de choses et d'autres. Il est vrai que la conversation va être fréquemment interrompue par des contorsions et des cris de terreur, mais elle sera bientôt de plus en plus complète. A la fin de l'attaque, Justine ne se souvient pas plus de la conversation intercalée que du délire lui-même. Ce sont là des phénomènes bien connus sous le nom de somnambulisme, qui vont nous permettre d'entrer plus avant dans la connaissance de l'attaque elle-même. Dans les premières expériences, nous étions obligé de provoquer l'attaque avant de faire naître cet état somnambulique, plus tard il fut possible de supprimer presque complètement les convulsions du début et de provoquer le somnambulisme plus directement.

Ce procédé, qui consiste à transformer l'attaque d'hystérie en somnambulisme, présente un grand intérêt théorique, il est aussi pratiquement utile. Aux nombreux exemples que nous avons déjà rapportés nous pouvons en joindre un nouveau. Gu., parmi différents symptômes d'hystérie, présente des attaques violentes qui surviennent en apparence sans cause ; en outre, elle a une horreur singulière pour la couleur rouge et elle est obsédée au point de voir fréquemment des points rouges devant elle et une teinte rouge sur tous les objets. On peut appeler ce dernier symptôme

de l'érytropsie, mais cela ne l'explique guère. Il est impossible de l'endormir ni d'obtenir d'elle un renseignement sur ses attaques et son horreur du rouge. Pendant une attaque, je l'entends parler : « Otez-le, ôtez la bière, fermez-la, je ne veux plus voir sa tête, oh! ce tas de fleurs rouges, ôtez-les. » Je déclarai à la malade toujours en attaque que j'allais ôter les fleurs rouges, elle répondit : « Non, elles sont là. — Eh bien! j'ajoute des violettes. — Je veux bien. » Et la conversation s'engage. Pendant très longtemps il a été impossible de provoquer le somnambulisme de Gu., autrement que par ce procédé.

En constatant ainsi que le somnambulisme de ces malades n'est qu'une légère transformation de l'attaque, nous ne serons pas surpris de constater encore une fois un fait que nous avons souvent décrit. Le sujet dans cet état se souvient parfaitement des détails de l'attaque, tandis qu'il les a complètement oubliés, quand il est dans l'état de veille. La malade précédente, Gu., nous explique fort bien pendant le somnambulisme comment son attaque est provoquée par la reproduction d'une ancienne émotion qui date de plusieurs années. Elle a vu le cadavre de son père au moment où l'on fermait la bière et à chaque attaque elle contemple de nouveau ce spectacle cruel. Elle nous explique aussi son horreur du rouge par le souvenir des fleurs qui étaient sur le cercueil. Le plaisir ou l'horreur que les hystériques éprouvent à voir du rouge ou d'autres couleurs est associé, dans bien des cas, comme on le sait, avec tout un groupe d'idées fixes.

Ces souvenirs étaient aussi nets pendant le somnambulisme de Justine provoqué de la même manière. Il faut beaucoup de précaution pour l'interroger sur le choléra, car cette question tend à reproduire le délire, mais on parvient à obtenir tous les renseignements. L'esprit, loin d'être inactif pendant l'attaque, est, au contraire, occupé par des images nombreuses et variées qui se groupent de manière à former un tableau plein d'unité. Ce sont d'abord des images visuelles : deux cadavres, dont l'un surtout est visible au premier plan, « un pauvre vieux tout nu, vert et bleu » ; des images olfactives, une odeur infecte de putréfaction, des images auditives : « on sonne les morts, on crie : choléra, choléra », des images kinesthésiques qui se manifestent par les crampes, les cris, les vomissements, la diarrhée. Toutes ces images ont une origine bien nette, elles représentent toutes les sensations que cette femme a pu éprouver par rapport au choléra.

Les philosophes se sont souvent demandé ce qu'était une idée, ce qui existait dans notre esprit au moment où nous pensions à telle ou telle idée. M. Ribot faisait récemment une enquête de ce genre sur les idées générales. Cette malade nous présente un exemple intéressant d'un certain genre d'idées. Nous voyons ce qu'est actuellement chez elle l'idée de choléra, parvenue, si l'on peut ainsi dire, au dernier degré de la perfection : un ensemble, un système d'images empruntées à tous les sens, dont chacune est assez nette et assez complexe pour se réaliser, s'objectiver sous forme d'hallucinations et de mouvements. Ajoutons aussi que, précisément parce qu'elles forment un système, ces images sont rattachées les unes aux autres de telle sorte que la présence de l'une d'entre elles suffit pour évoquer les autres dans un ordre déterminé. L'attaque de Justine n'est pas un phénomène nouveau indépendant de ces préoccupations hypocondriaques, c'est l'idée même de choléra qui se présente d'une façon parfaite en même temps que l'émotion systématique dont elle est inséparable.

L'aspect anormal que cette idée a pris pendant l'attaque résulte uniquement de son développement excessif. L'idée semble s'être isolée du reste de la vie, elle ne se développe qu'au moment où la malade perd la conscience et semble ne laisser après elle aucun souvenir. En réalité, cette idée est accompagnée d'une certaine conscience et laisse un certain souvenir, mais c'est une conscience et un souvenir spécial propre à cette idée qui semble constituer à elle seule toute une existence psychologique. Les éléments suscités à propos de cette idée sont si nombreux et si complexes qu'ils remplissent totalement le champ de la conscience et suppriment toute autre fonction et toute autre pensée. Cet isolement de l'idée du choléra contribue encore par une sorte de cercle vicieux à augmenter sa force, les images se développent librement en hallucinations et en mouvements. En un mot, les caractères de cette attaque sont la conséquence du développement extrême de l'idée fixe, de l'émotion systématique.

Nous trouverons d'ailleurs une vérification facile de ces relations entre l'attaque et l'idée, si nous parvenons à diminuer un peu la puissance de cette pensée, nous la verrons se réduire aux proportions ordinaires et apparaître de nouveau comme une simple idée.

Comment s'attaquer à une pareille idée fixe qui, malgré tous les traietments, avait grandi d'une manière aussi démesurée pen-

dant vingt-deux ans. Nous pouvons discuter à ce propos plusieurs procédés de thérapeutique psychique qui ont été indiqués. Deux auteurs allemands, MM. Breuer et Freud, ont reproduit, nous en sommes très heureux, nos anciennes études sur les idées fixes subconscientes[1]. Ils ont constaté, comme nous, des accidents très graves déterminés par des idées fixes que le sujet ne pouvait exprimer, qu'il ignorait même totalement. L'existence de telles idées ne pouvait être mise au jour que pendant les attaques, les rêves, les somnambulismes, ou par les actes subconscients et les écritures automatiques. En un mot, ces idées restaient en dessous ou plutôt en dehors de la conscience normale. MM. Breuer et Freud en ont conclu que ces idées étaient dangereuses précisément parce qu'elles étaient cachées et ne s'exprimaient pas au dehors d'une manière suffisante. Pour guérir le malade, il suffisait de faciliter l'expression extérieure des idées fixes ; quand le sujet aurait bien avoué son idée fixe pendant le somnambulisme, il serait guéri. Il y a dans ces remarques un peu théoriques des points qui nous semblent assez justes. Il est vrai que les sujets de ce genre éprouvent un grand plaisir à exprimer leurs idées fixes subconscientes pendant le somnambulisme ; ils ont un besoin curieux de se confesser. Il nous semble nécessaire, également comme nous l'avons dit souvent, de faire ainsi une enquête dans les couches profondes de la conscience, et il faut mettre au jour ces idées fixes avant de chercher à les guérir. Mais ce n'est là malheureusement que la première partie du travail et la plus simple ; car une idée fixe n'est pas guérie quand elle s'exprime, bien au contraire. Est-ce que Justine dans ses innombrables attaques n'a pas exprimé suffisamment son idée fixe du choléra ? Il suffit d'un mot pour la lui faire exprimer encore, pourra-t-on considérer cette nouvelle expression, c'est-à-dire cette nouvelle attaque, comme une guérison ?

La suggestion proprement dite, l'interdiction pure et simple, peut certainement rendre plus de services. Nous ne croyons pas, sans doute, qu'il suffit de dire à un aliéné : « Allez et soyez guéri » pour le rendre parfaitement raisonnable ; mais nous pensons qu'il est possible dans certains cas de prendre quelque empire sur les phénomènes automatiques. On peut, comme je l'ai indiqué souvent,

1. J. Breuer et S. Freud, *Ueber den psychischen Mechanismus hystericher Phänomene (aus neurologischen Centralblatt*, E Mendel, 1893, nos 1 et 2).

étonner le sujet en provoquant des hallucinations variées, en devinant ses pensées grâce aux mouvements subconscients, etc. Ces premières suggestions réussissent facilement et ne provoquent pas de résistance, si l'on a soin au début de ne pas s'attaquer au délire proprement dit; on peut ensuite essayer de lutter avec quelque succès contre l idée fixe elle-même. Ces procédés m'avaient permis de transformer l'attaque en somnambulisme, d'arrêter l'idée de choléra dans son développement, de tenir la malade dans un état presque raisonnable, quand elle était devant moi. Cette influence se conservait quelquefois un peu quand Justine m'avait quitté, il lui arrivait de penser à moi, de me voir apparaître au moment de faire quelque sottise et elle s'arrêtait. Mais il faut avouer que l'idée automatique du choléra restait plus puissante que mes suggestions ; elle n'était enrayée que pour un moment, et au bout d'un jour ou deux, les attaques cholériformes réapparaissaient un peu moins violentes peut-être, mais tout aussi nombreuses.

Essayons donc d'un autre procédé plus lent, plus indirect, mais peut-être plus puissant. L'idée fixe nous a paru être une construction, une synthèse d'un très grand nombre d'images; au lieu de l'attaquer dans son ensemble, il faut chercher à la *décomposer*, à détruire, ou à transformer ses éléments, et il est probable que l'ensemble ne pourra plus subsister. C'est une application à la thérapeutique de l'axiome connu : « diviser pour régner ». Pendant quelque temps je ne me suis occupé que d'un seul élément de l'attaque, les contractures par exemple ou les hallucinations olfactives. Des procédés variés de suggestion eurent ici un succès plus facile et parvinrent à retrancher de l'attaque tel ou tel élément.

D'autres éléments, les hallucinations visuelles, par exemple, restèrent indestructibles; au lieu de les supprimer, je me bornais à les modifier par une sorte de *substitution*. Ainsi j'ai cherché à transformer l'aspect des cadavres et surtout j'ai passé plusieurs séances à les habiller. L'hallucination d'un vêtement, puis d'un autre, réussit assez bien ; enfin le cadavre principal parut affublé du costume d'un général chinois que Justine avait vu à l'Exposition. Le succès fut surtout complet, quand je parvins à faire lever et marcher le général chinois, il n'était plus terrifiant et mêlait à l'attaque un élément comique de l'effet le plus heureux. Il est inutile de raconter par le détail plusieurs transformations du même genre qui tendaient toutes au même but, décomposer l'idée

de choléra et la rendre méconnaissable. Sous cette influence, la maladie se transformait très rapidement, les crises devenues très incomplètes n'amenaient plus de vomissements ni de diarrhée, elles ne consistaient plus qu'en quelques cris mêlés d'éclats de rire. Chose singulière, mais que j'ai notée déjà fréquemment, les crises cessèrent de se produire pendant le jour et n'apparurent plus que pendant la nuit. Il semblait, si l'on peut faire cette supposition, que l'idée subconsciente de choléra était trop faible pour apparaître au milieu des sensations et des idées de la veille, mais qu'elle se développait plus facilement à la faveur du sommeil. Justine pendant la nuit avait des mouvements de terreur, des convulsions, appelait au secours, etc. Une dissociation plus avancée, la substitution de rêves suggérés réduisirent encore ces cauchemars et la maladie semblait considérablement réduite au moins sous cette première forme.

Ce travail, cette lutte contre l'idée fixe que je résume ici en quelques mots, fut en réalité fort difficile. On peut remarquer un fait intéressant, c'est que cette malade éprouva pendant la destruction de l'idée fixe de violentes douleurs dans la tête, analogues à celles que M^me^ D. éprouvait pendant la disparition de l'amnésie et la restauration des souvenirs. Au lieu de parler comme M^me^ D. de coupures, de déchirures dans la tête elle décrivait la sensation d'une boule qui éclatait dans son cerveau. Quand la boule avait éclaté, l'idée fixe était disparue. Comme dans le cas précédent, ces sensations nous indiquent qu'il se fait un travail cérébral, probablement considérable et que ce changement d'état se manifeste par des troubles de la sensibilité comme il arrive pour tous les organes; personne n'ignore que le cerveau peut présenter des phénomènes de sensibilité et que nous pouvons avoir mal à la tête. Mais à mon avis ces troubles de la sensibilité sont secondaires à une modification cérébrale qui peut être quelconque et qui peut porter sur n'importe quelle fonction physiologique du cerveau. Ce n'est pas parce que Justine souffre dans son cerveau qu'elle est débarrassée de son idée fixe, c'est parce que l'état cérébral quel qu'il soit qui était la condition de l'idée fixe se transforme qu'il y a des phénomènes de sensibilité et des douleurs.

Le bénéfice était cependant minime, car la maladie s'était transformée et apparaissait tout aussi redoutable sous un autre aspect. Au moment de ses grandes attaques, Justine était malade d'une façon irrégulière et par intervalles. Quand la crise était terminée,

elle était soulagée et calme pendant plusieurs heures, quelquefois pendant un ou deux jours. En outre, elle ne se rendait pas bien compte de sa maladie, elle savait vaguement que depuis longtemps elle était tourmentée par la peur du choléra, mais elle n'en parlait pas et même n'y pensait guère d'une façon consciente. En effet, dès que l'émotion survenait, elle ne restait consciente que peu d'instants et amenait tout de suite une attaque, avec perte de souvenir consécutive. Depuis que les attaques avaient disparu, Justine quoique plus calme en apparence était devenue en réalité beaucoup plus malheureuse. L'idée de choléra n'était plus assez forte, assez complexe pour supprimer la personnalité, elle se développait sans amener d'attaque, sans provoquer la perte de conscience et la perte des souvenirs, en un mot elle restait consciente et obsédait continuellement la malade. « Je n'ai plus, disait Justine, cette grande peur qui me faisait m'évanouir et me donnait des attaques, mais je pense bien plus au choléra, je n'ai plus que l'*idée du choléra*, mais je l'ai continuellement comme autrefois. »

Cette distinction paraîtra subtile, elle est cependant très importante. L'attaque, disions-nous, avec tout son cortège de mouvements, de troubles physiologiques et d'hallucinations n'est que le développement d'un système psycho-physiologique que, selon ses aspects, on peut appeler émotion systématique ou idée. Elle n'est pas un phénomène psychologique nouveau, elle nous montre seulement les éléments qui sont contenus dans une idée et qui probablement sont contenus dans toutes nos idées. Elle nous les montre avec exagération, mais sans transformation de nature. Cette identité de nature est montrée par l'évolution clinique de la maladie : au moment où nous enlevons à ces éléments leur puissance démesurée, ils reprennent leur aspect naturel, ils ne forment plus qu'une simple idée. D'autre part, on est disposé à séparer nettement dans les classifications médicales les malades qui ont des attaques avec perte de conscience et de mémoire, et les malades qui sont obsédés par des idées avec conservation de la conscience et de la mémoire. Nous avons déjà indiqué à plusieurs reprises combien ces maladies que l'on peut appeler l'hystérie et la psychasthénie sont voisines l'une de l'autre, combien leurs symptômes sont psychologiquement comparables[1]. « Les exercices

1. *Archives de neurologie*, juillet 1893, p. 22, et *Accidents mentaux chez les hystériques*, 1893, p. 291.

de mouvements au moyen des images visuelles, disions-nous à propos de Marcelle, avaient un résultat bizarre et plutôt mauvais. En effet, les mouvements se faisaient bien un peu mieux, mais les bras et les mains devenaient totalement anesthésiques ; à la place de la distraction et de l'aboulie propres à la psychasthénie, je développais sans m'en douter l'anesthésie hystérique[1]. » L'étude de Justine vient ajouter un argument à notre démonstration : nous voyons ici comment l'attaque (symptôme hystérique) peut se transformer et devenir l'obsession (symptôme psychasthénique) ; nous pourrions dans d'autres observations très fréquentes montrer comment, d'une manière inverse, des obsessions à forme psychasthénique se transforment en attaques à forme hystérique[2]. Il est très vraisemblable d'ailleurs que cette dernière transformation a eu lieu autrefois chez Justine, qui est restée obsédée consciemment pendant des années avant d'avoir les attaques que nous avons constatées. Cette nouvelle forme que prenait l'idée fixe était donc importante et méritait une étude nouvelle.

En quoi consiste cette idée du choléra qui reste maintenant dans l'esprit de Justine? Les anciennes hallucinations constitutives sont disparues, il n'y a plus d'odeur, plus de cadavres, plus de son de cloches. Que reste-t-il ? d'abord une émotion vague, c'est-à-dire un ensemble de sensations dans toutes les parties du corps, froid, frisson, nausées, etc. Mais cette émotion bien réelle paraît, d'après les affirmations répétées de la malade, venir en second lieu : « Je pense malgré moi au choléra, j'en ai l'*idée*, et c'est alors que j'ai peur ». On décrit très souvent chez les aliénés des émotions, des terreurs vagues qui semblent sans raison ; bien souvent, à notre avis, il serait facile, par un examen plus sérieux, de constater l'idée fixe plus ou moins consciente qui accompagne, à l'insu du sujet, cet état émotif. Récemment encore, nous avions cru pouvoir étudier sur une malade intéressante ces émotions persistantes sans phénomènes intellectuels. Cas., en effet, depuis son accouchement, est dans un état de terreur continuelle, de véritable panophobie. Elle tremble surtout quand elle voit une personne s'approcher d'elle, et cependant elle prétend n'avoir peur de rien, ne penser à rien de terrifiant. La malade étant isolée et

1. *Revue philosophique*, 1891, I, 398.
2. *Accidents mentaux des hystériques*, p. 189.

examinée avec soin, il a fallu renoncer à cette première interprétation. Cas. a pendant ses grandes terreurs des hallucinations visuelles dont elle garde très imparfaitement le souvenir. Pendant sa grossesse, elle a été battue par son mari complètement ivre et depuis elle conserve, comme une suggestion, l'image de cette scène qui se renouvelle dès qu'elle voit entrer une personne. Il s'agit donc encore d'une de ces idées fixes telles que nous les avons toujours observées. Nous nous gardons bien de nier l'existence des émotions pures sans phénomènes intellectuels à leur origine ; peut-être peut-on les constater dans d'autres états maladifs. Mais nous croyons qu'il est juste de demander une analyse un peu plus précise des cas que l'on constate.

Chez la malade que nous étudions aujourd'hui, chez Justine, l'émotion de terreur semble bien provoquée par une idée, comme elle le dit elle-même. Mais en quoi consiste cette idée dont les éléments essentiels semblent avoir été effacés. Il ne peut rester qu'un dernier élément facile à découvrir par élimination, c'est le *mot*. Une fois l'attention attirée sur ce point, il est très facile de constater sans cesse ce rôle du langage dans les obsessions. Quand Justine est immobile, occupée en apparence à un travail de couture qu'elle fait machinalement ou qu'elle ne fait pas, elle remue constamment les lèvres et murmure un mot quelquefois facile à entendre, le mot « choléra ». Elle a des écritures automatiques provoquées et peut sur commandement écrire différentes choses, mais elle a aussi des écritures de ce genre spontanément, et quand elle tient un crayon à la main, elle griffonne indéfiniment le mot « choléra ». Quand elle ne le prononce pas ou ne l'écrit pas, elle l'entend ; il est intéressant de remarquer que cette malade a des hallucinations auditives verbales qui sont très nettes. La voix est extériorisée, de tonalité variable. « Ce sont plusieurs voix mélangées, on dirait qu'il y a une foule qui crie après moi. » Mais elle a surtout ces hallucinations kinesthésiques verbales sur lesquelles nous avons déjà insisté. « C'est ma tête qui dit le mot choléra, ce n'est pas moi. »

Elle a à ce propos le sentiment très net du dédoublement de la personnalité. « Quand c'est moi qui dit le mot choléra, je le sais fort bien, je suis moins effrayée, mais ce qui me rend malade c'est quand *quelque chose* le dit malgré moi. » Il s'agit bien ici d'une malade obsédée par le mot, dernier reste d'une représentation plus complexe. Cette obsession n'en était pas moins grave, elle

entretenait tous les désordres de la pensée et elle était capable de rappeler peu à peu toutes les anciennes hallucinations.

Pour faire disparaître ce dernier symptôme, nous avons usé des mêmes procédés de division et de substitution qu'il suffit de rappeler brièvement. Je transformai par suggestion le mot *cho-lé-ra* en nom propre du général chinois. Je laissai la main écrire automatiquement la première syllabe *cho*, puis je la dirigeais et lui faisais finir le mot chocolat. Je déterminai par suggestion des paroles automatiques, des mots commençant par co, comme coton, coqueluche, cocoriko. Ce dernier terme détermina même une hallucination spontanée, celle d'un coq que la malade voyait apparaître dès qu'elle commençait à penser aux mots commençant par *co*. Nous n'osons pas insister sur la description de ces procédés et d'autres du même genre qui sont très utiles, mais qui paraîtront un peu enfantins. Nous dirons, pour notre excuse, que la pédagogie ne nous a pas encore indiqué beaucoup de procédés *pratiques* pour décomposer et détruire les souvenirs. Au milieu de toutes ces hallucinations, de toutes ces paroles automatiques, Justine arriva à s'embrouiller complètement. « Quel est donc ce mot qui me tourmentait, disait-elle, je le cherche depuis huit jours, il se *sépare,* je ne peux plus le *rassembler,* c'est co... coton, non, c'est cho lé ra, c'est un mot étranger. Qu'est-ce qu'il signifie ? »

Sans doute, il y eut des alternatives ; de temps en temps un incident, la vue d'une personne mourante, l'odeur du phénol, etc., ramenaient un peu par association l'idée du choléra. Mais ces souvenirs devinrent de plus en plus rares. Bien entendu, j'évitais d'interroger la malade sur ce point et j'avais interdit sévèrement toute conversation capable de raviver les souvenirs. J'ai été étonné de voir à quel point l'oubli était devenu complet : au moment de la dernière épidémie cholérique de Paris, Justine a demandé avec curiosité ce que c'était que cette maladie, et cette femme qui avait eu de tels délires à propos d'un choléra imaginaire se moquait des gens qui avaient peur du choléra réel. Ce n'est que très rarement, deux fois en deux ans, que, à propos d'incidents dont nous parlerons plus loin, l'idée fixe et la terreur ont semblé réapparaître un moment ; mais elles ont été rapidement effacées et oubliées.

Je croyais être obligé d'effacer moi-même en temps opportun les diverses hallucinations accessoires qui m'avaient servi à décomposer l'idée fixe, mais en réalité elles se sont effacées peu à peu

et spontanément. Cette disparition a permis à la malade d'acquérir de nouveau une idée vague du choléra et un souvenir très confus de son ancienne maladie. Elle en parle sans émotion, mais aussi sans se souvenir de ce qui se passait en réalité.

Le traitement que je viens de résumer s'est prolongé pendant dix mois ; ce ne serait pas trop long pour détruire une idée fixe aussi intense qui avait duré vingt ans, si l'on pouvait considérer la malade comme guérie. Malheureusement, il nous reste à voir bien d'autres symptômes qui vont nous enlever nos illusions.

## 2. — *Les idées fixes secondaires.*

Pour la clarté de notre exposition, nous avons réuni dans le premier paragraphe tous les faits qui se rattachaient à l'idée fixe du choléra ; mais, en réalité, ces faits n'existaient pas isolément. Une grande quantité d'autres phénomènes pathologiques et même d'autres idées fixes s'y mêlaient continuellement. A partir du moment où l'idée fixe du choléra commença à diminuer et surtout quand elle disparut, d'autres idées fixes surgirent, nombreuses et menaçantes, qui vinrent étrangement compliquer l'étude et le traitement de la malade. Nous avons déjà désigné ces phénomènes sous le nom d'*idées fixes secondaires ;* nous les avons déjà souvent rencontrées, car elles forment le principal obstacle à la thérapeutique des maladies mentales. Les oublier, ce serait méconnaître le caractère essentiel de la maladie ; limiter le mal à une seule idée fixe et se figurer qu'il suffit de l'enlever par suggestion, c'est avoir une notion complètement fausse d'une perturbation mentale beaucoup plus grave et beaucoup plus profonde.

Ces nouvelles idées ont les mêmes caractères généraux que la première, elles se développent démesurément en dehors de la volonté et souvent en dehors de la conscience du sujet ; elles donnent naissance à des obsessions, à des impulsions, à des attaques quand elles remplissent totalement le champ de la conscience. Il est probable que, si on ne les arrêtait pas, elles acquerraient la gravité et la ténacité de l'idée fixe primitive ; si on cherche à les guérir, elles se transforment incessamment et deviennent très nombreuses et très variées.

Pour décrire les innombrables idées secondaires de Justine, il

est utile de les diviser en trois groupes, suivant une classification assez naturelle et commode que nous avons déjà proposée [1] :

1° Les idées fixes secondaires par *dérivation* ou par *association*. Certaines de ces idées semblent simplement des éléments détachés de l'idée fixe principale, ou du moins, elles s'y rattachent facilement par les liens de la conséquence ou de l'association. Cependant ces fragments de l'idée principale peuvent se développer isolément et même survivre après la disparition de l'idée primitive. Voici un exemple très net emprunté à une autre malade. Ger..., une jeune femme de vingt-huit ans, a assisté seule à la mort subite de sa belle-mère, elle l'a tenue morte entre ses bras, et cet événement lui a bouleversé l'esprit. Depuis, elle se reproche ses mauvaises humeurs vis-à-vis de sa belle-mère, s'accuse de sa mort, se figure l'avoir tuée, et enfin veut se tuer à son tour comme coupable. Voici l'idée primitive qui, ici, a un début bien net. Un traitement approprié réussit à supprimer l'idée fixe de cette jeune femme, et je la croyais guérie, quand on me la ramène, quelques mois plus tard, en proie à un délire en apparence tout nouveau. Elle a voulu tuer son enfant, une pauvre petite fille de quatre ans qu'elle adorait. Elle se désespère de sentir en elle cette odieuse pensée qui la pousse à frapper son enfant, elle trouve cette impulsion monstrueuse et inexplicable. C'est pourtant la suite de la première idée fixe : « Il faut faire disparaître l'enfant d'une mère coupable et qui sera coupable comme elle », ainsi que Ger... l'explique très bien dans les états seconds. Le point curieux, c'est que Ger... ne songe plus à se tuer elle-même et ne se fait plus de reproches ; la seconde idée, quoique dérivée de la première, subsiste isolément.

Des idées de ce genre ont été très nettes chez Justine : par exemple, nous ne serons pas surpris si l'on vient nous dire que depuis dix ans Justine n'a jamais voulu manger ni un fruit, ni un légume, cela est une conséquence trop évidente de l'idée de choléra. Mais l'idée du choléra étant presque disparue, voici la malade qui, sans savoir pourquoi, refuse obstinément toute alimentation : c'est la conséquence qui s'est isolée du principe.

Nous considérons, comme du même genre, les idées et les rêves si nombreux relatifs à la mort. Elle rêve qu'elle est occupée à déterrer des cercueils, à les ouvrir, à retirer les cadavres pour les

1. *Accidents mentaux des hystériques*, p. 182.

mettre dans une brouette et les transporter dans un autre cimetière. Le jour, elle ne peut voir un corbillard sans « percer les planches », c'est-à-dire voir au travers les corps en putréfaction. Certains auteurs ont déclaré que les malades obsédés par des idées fixes n'avaient pas d'hallucinations ; nous ne pouvons nous expliquer cette affirmation. Ces malades ont d'abord presque toujours des hallucinations verbales kinesthésiques qui forment la partie principale de leur maladie et ils ont très souvent, à notre avis, des hallucinations des autres sens, quand la désagrégation de l'esprit est assez complète, ou quand leur idée fixe prend la forme que nous avons appelée hystérique. Pour revenir à notre malade, elle a une peur épouvantable des hôpitaux et fait de grands détours pour éviter de passer devant la porte de l'hôpital Saint-Antoine. Enfin, quand elle a perdu l'idée du choléra, elle la remplace par l'idée fixe d'une autre maladie et a passé ainsi en revue toute la pathologie. Elle prétend avoir des congestions cérébrales et, suivant son habitude, elle joue la scène dans une attaque. Quand on la trouve par terre, les membres flasques, la respiration stertoreuse, cela ne laisse pas d'être inquiétant, au moins la première fois. Puis, ce sera une maladie de cœur, une pleurésie, une variole, un cancer du sein qu'elle veut absolument faire opérer, etc. Nous pouvons considérer ces idées comme formant un premier groupe, les idées secondaires qui dépendent encore de la première idée fixe, celle du choléra.

Nous constatons, chez ces malades, un second groupe d'idées fixes secondaires que nous avons déjà désignées sous le nom d'*idées fixes stratifiées,* à cause de la façon singulière dont elles se présentent à l'observateur. Quand on a enlevé une idée fixe, on est tout étonné d'en voir surgir une autre qui n'a aucun rapport ni avec la première idée, ni avec les circonstances environnantes. C'est une idée ancienne, antérieure à celle que l'on vient de traiter et qui réapparaît. Celle-ci enlevée à son tour, on se trouve en présence d'une troisième obsession qui avait existé antérieurement et on est obligé de repasser en ordre inverse, les principales idées fixes qui ont tourmenté la vie du malade. Cette réapparition des idées anciennes était très caractéristique et très grave chez la malade qui a fait l'objet de notre première étude, Marcelle, elle m'a paru fort nette aussi chez d'autres malades. Mais chez Justine, les idées secondaires de cette catégorie n'ont pas eu une grande

importance. C'est que, en effet, chez elle, une seule idée, celle du choléra, avait presque toujours dominé sans laisser place à d'autres obsessions.

Un moment seulement elle a recommencé à se croire enceinte, mais cette pensée n'a pas duré ; les colères anciennes contre le mari ont réapparu d'une façon plus curieuse. Justine est d'ordinaire très dévouée, et très affectueuse pour son mari, elle se rend compte qu'elle est une épouse insupportable et cherche à se faire pardonner. Tout d'un coup elle change d'attitude et de visage, elle est sombre et refuse de lui parler, elle pâlit, et d'un ton dur commence à lui faire des reproches. En peu d'instants elle s'excite et agonise son mari de toutes les injures possibles ; elle crie autant que dans les attaques causées par la peur du choléra ; elle veut se sauver dans les rues pour chercher un avoué, etc. L'attaque se calme peu à peu et Justine ne conserve qu'un souvenir très vague de ce qui vient de se passer. Il faut la mettre en somnambulisme, pour apprendre que l'idée a surgi au moment où Justine embrassait son mari : elle a pensé qu'elle pourrait bien le mordre, et cette pensée a réveillé l'ancienne idée de haine et de divorce. Le mari de cette femme m'affirmait que depuis la disparition de l'idée du choléra, Justine reprend par moments exactement le caractère, les colères, les paroles qu'elle avait au début de son mariage. C'est bien ici une idée fixe ancienne qui réapparaît.

Il faut, à notre avis, établir une troisième catégorie d'idées fixes secondaires, plus importante chez notre malade et bien plus intéressante pour la psychologie pathologique, ce sont les idées fixes *accidentelles*, par suggestibilité. Justine, débarrassée de ses idées fixes anciennes par les procédés précédemment décrits, ne retrouvait le calme que pendant très peu de temps. Bientôt elle était la proie d'une nouvelle obsession. Ce n'était pas une idée ancienne, ce n'était pas une conséquence éloignée de l'idée primitive du choléra. Non, c'était une idée nouvelle et absolument quelconque, provoquée par n'importe quel petit événement de la vie. Une inquiétude, une émotion, un rêve, une parole entendue par hasard provoquait une pensée qui, après quelques jours d'incubation, grandissait et envahissait de nouveau tout l'esprit.

Il est impossible d'énumérer toutes ces idées accidentelles qui pendant un an ont exercé notre patience ; en voici quelques-unes prises au hasard. Justine eut l'idée de se jeter à l'eau, parce que

l'eau l'attirait, de se précipiter par la fenêtre, parce que la maison penchait d'un côté, l'idée d'étrangler son chien et de pendre ses oiseaux, l'idée de jeter sa nourriture par terre ou à la tête des gens qui entraient. Elle refuse obstinément de mettre un chapeau pour sortir, refuse de changer de chemise (elle met du linge propre devant son mari qui l'y contraint et, dès qu'il a le dos tourné, se déshabille et remet le linge sale), elle ne veut allumer aucune lumière de peur de mettre le feu à sa robe et à sa maison, refuse de rien acheter au marché de peur de voler, refuse de faire le ménage et de toucher à rien dans sa chambre. Elle est obsédée par l'idée que son piano est mauvais et ne vaut pas le prix minime dont il a été payé (scènes effroyables pendant plusieurs semaines); elle est tourmentée par le souvenir d'avoir refusé, il y a dix ans, une tasse de tisane à son mari, par le regret d'un petit flacon qu'elle a cassé et qu'elle pleure jour et nuit. Puis ce sera la crainte de mentir et la conviction qu'elle ment continuellement, la haine d'un petit apprenti, un amour désordonné pour le petit chien du voisin, ce qui lui fait commettre mille extravagances, etc., etc. Au lieu d'une seule et unique idée fixe qui avait régné pendant vingt ans, nous nous trouvons en présence d'un essaim de petites idées fixes se transformant et se renouvelant sans cesse.

Pour montrer la gravité de ces idées secondaires accidentelles, j'insisterai sur quelques-unes d'entre elles qui revêtaient des formes intéressantes. Justine est préoccupée d'un morceau de musique qu'elle étudie et depuis ce moment elle s'aperçoit qu'elle ne voit plus clair, car il y a devant ses yeux une poussière noire. En examinant avec plus de soin cette poussière, elle constate avec étonnement que ce sont les notes de musique de son morceau qui sont constamment devant elle et l'empêchent de voir assez pour se conduire dans la rue : voilà de nouveau une hallucination visuelle. Elle a lu quelques pages d'un roman d'Eugène Süe dans lequel un des personnages est fort orgueilleux. Elle se met si bien dans la peau de ce personnage qu'elle entend des gens qui lui reprochent sa conduite et son orgueil : c'est une hallucination auditive. Elle a peur de mentir, cette idée du mensonge fréquente chez ces malades dépend sans doute du trouble de leur attention ; mais chez Justine cette idée s'exprime par une voix intérieure qui lui reproche sa malhonnêteté. C'est la même voix, la malade l'a remarqué elle-même, qui autrefois disait « choléra, choléra » ; on reconnaît les anciennes hallucinations kinesthésiques verbales.

Dans d'autres cas, les idées fixes vont provoquer des mouvements subconscients. Préoccupée d'un changement de domicile, Justine rêve toutes les nuits qu'elle déménage, elle fait des mouvements pendant son sommeil et le matin se réveille avec les bras et les jambes contracturés. Ces contractures sont particulièrement



Fig. 22.— Contractures systématiques des bras persistant au réveil après le rêve du déménagement.

intéressantes, elles sont nettement systématiques. Tous les muscles ne sont pas tendus au même point ; ils le sont à des degrés différents de manière à maintenir le membre dans une position rigide mais expressive. Les bras sont en avant du thorax à demi fléchis



Fig. 23. — Contractures systématiques des mains chez Justine après le rêve dans lequel elle apprend à faire l'octave.

comme s'ils portaient un objet lourd (fig. 22), l'une des jambes est étendue sur la cuisse avec le pied fléchi sur la jambe, l'autre jambe est à demi fléchie : c'est la position que prennent les membres inférieurs quand on monte un escalier. Elle eut ainsi assez fré-

quemment des contractures systématiques de ce genre à la suite de rêves qui se sont produits pendant la nuit ou même pendant le jour. Elle rêve qu'elle marche la tête en bas et contracture ses bras dans l'extension au-dessus de sa tête, elle rêve qu'elle grimpe aux arbres et les mains restent en griffes, elle rêve surtout à son piano et fait des efforts pour atteindre l'octave et voici les deux mains qui restent immobiles, les doigts raides et écartés au maximum comme pour faire l'octave (fig. 23).



Fig. 24. — Attitude que la malade VK. conserve depuis deux ans dans la station verticale et dans la marche.

Ces contractures systématiques sont fort intéressantes et nous aideront certainement à comprendre non seulement les contractures et les idées fixes, mais encore le mécanisme de la volonté. Dans mon travail sur l'automatisme psychologique j'ai fait remarquer que ce fait se constate facilement au cours des expériences sur la suggestion : « Je lui avais suggéré de prendre à son réveil une fleur dans un bouquet ; elle le fit inconsciemment, mais au bout d'un instant jeta les yeux sur ses mains et poussa un cri. La main était toute contracturée dans une position élégante mais gênante, le pouce et l'index rapprochés et serrant une rose, les autres doigts légèrement courbés mais également rigides[1]. » On peut les provoquer plus fréquemment encore en suggérant au sujet que sa main s'immobilise et se raidit dans la position qu'elle a prise.

A plusieurs reprises j'ai eu l'occasion de signaler des contrac-

1. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 358 et 361.

tures de ce genre survenues spontanément à la suite de divers accidents[1]. L'observation qui me semble de beaucoup la plus remarquable est celle que j'ai présentée en collaboration avec M. le professeur Raymond au dernier congrès de psychologie à Munich. Il s'agit d'une femme de 40 ans Vk. qui présente une contracture très particulière des deux jambes en extension (fig. 24 et 25). Une discussion de la forme de cette contracture se trouve indiquée dans une leçon de M. Raymond que j'ai recueillie[2]. Elle montre que cette position n'est pas due à la contracture générale de tous les muscles, mais à des contractions inégales et systématiques de ces muscles. C'est une attitude permanente qui exprime une idée

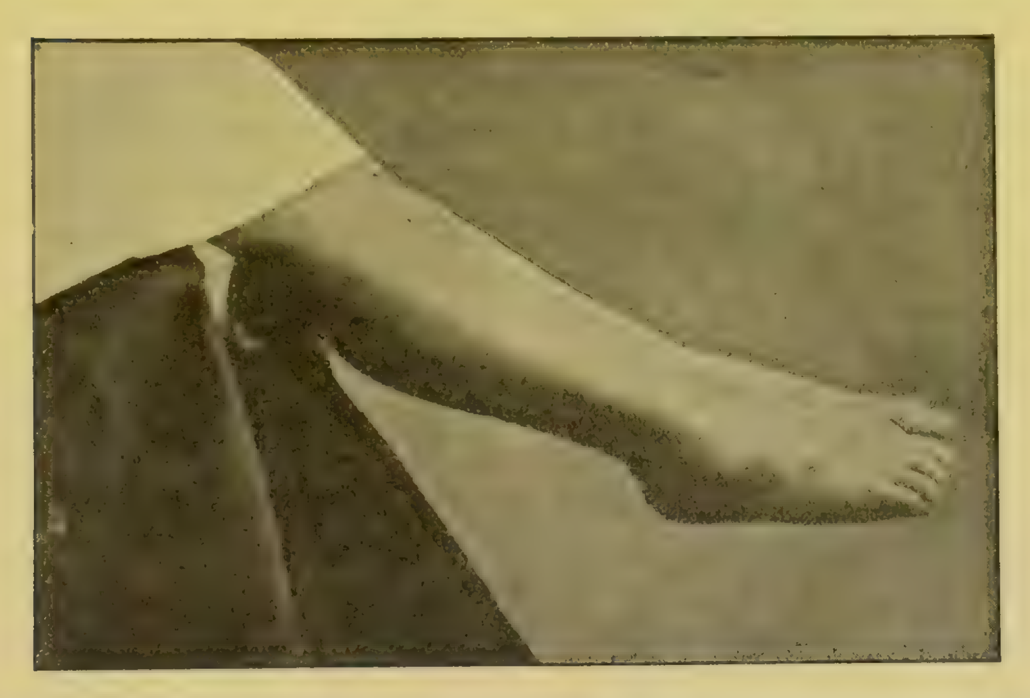


Fig. 25. — Contracture systématique des jambes chez VK. attitude permanente de la crucifixion.

permanente et dans ce cas cette idée n'est rien moins que celle de la crucifixion. Cette malade est une extatique qui rêve continuellement au supplice de Jésus-Christ, qui dans ses attaques d'extase joue la scène de la crucifixion et qui a même présenté sur la face dorsale des pieds des bulbes de pemphigus représentant les stigmates du Christ (fig. 26). En présence de ces cas il est juste d'insister sur la relation qui existe entre les contractures

2. Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme. *Revue philosophique*, 1888, I, 243. *Accidents mentaux des hystériques*, 1893, p. 109.

3. Prof. Raymond, *Clinique des maladies du système nerveux*, 2e série, 1897, p. 729.

et les catalepsies et surtout sur celle qui existe entre les contractures et les idées fixes.

Ces contractures systématisées ne s'observent pas très fréquemment. Pour que les idées fixes prennent cette forme, il faut qu'elles se développent d'une façon subconsciente chez des hystériques. Il est vrai également que les contractures d'ordinaire ne gardent pas longtemps cette forme[1]. Peu à peu tous les muscles se contractent davantage et le membre prend la position classique de la contracture générale. Les phénomènes subsconscients sont, comme nous l'avons montré, très envahissants; ils ne restent pas limités, et ne tardent pas à grandir et à supprimer ou à modifier d'autres faits psychologiques en apparence étrangers. C'est ainsi que les anesthésies s'étendent, que l'amnésie du somnambulisme gagne et que les instants qui précèdent l'état second sont oubliés comme le somnambulisme lui-même. Pour voir des phénomènes subconscients très nets et en particulier des contractures systématisées, il faut pouvoir les observer dès le début.

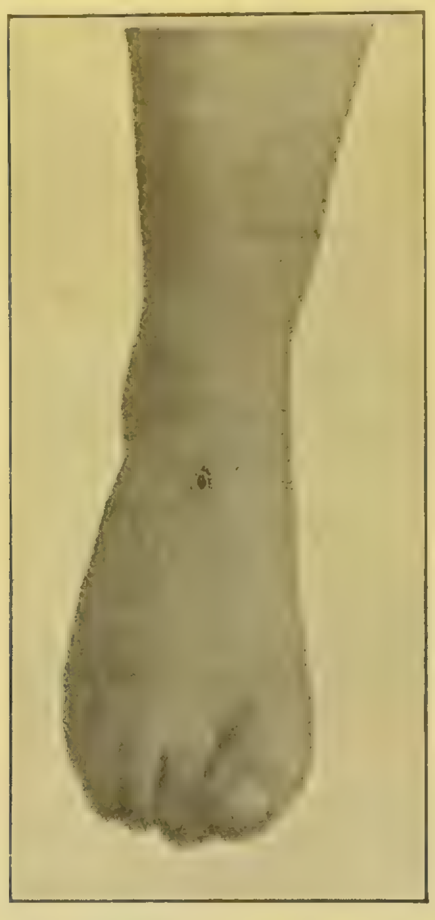


Fig. 26. — Excoriation épidermique consécutive à une bulle de pemphigus, développée spontanément sur le pied contracturé de VK. après une attaque d'extase avec attitude de crucifixion.

Ces idées accidentelles de notre malade produisent aussi des attaques et des délires et nous ne rapporterons à ce propos qu'un incident qui nous a causé assez d'inquiétude. Justine, qui semblait assez bien portante, avait été le matin prendre une douche à l'hôpital, elle revint avec cet air sombre qui annonçait quelque orage, mais ne put expliquer ce qui la tourmentait. Vers trois heures de l'après-midi, elle entra dans une colère furieuse et armée d'un couteau courut après son mari pour le frapper. Dans un instant de conscience elle cria : « Sauve-toi, je vais te tuer »,

1. *Accidents mentaux des hystériques*, p. 109.

puis elle s'abandonna au délire. Il fallut trois hommes pour la maintenir et l'attacher. Prévenu immédiatement, j'étais fort affligé de voir cette folie que j'avais essayé d'enrayer devenir de plus en plus grave et je croyais qu'un internement immédiat devenait nécessaire. Cependant je pus constater que cette nouvelle idée fixe, quoique plus effrayante en apparence, n'était pas différente des autres. Le matin, à la douche, une femme avait raconté un petit événement ; une malade qu'elle connaissait avait été enfermée dans un asile parce qu'elle voulait tuer son mari. Ce fut assez, Justine avait médité ces paroles toute la journée, puis elle n'avait plus eu dans l'esprit que cette seule idée, tuer son mari à coups de couteau, et cette idée avait rempli une attaque comme jadis l'idée du choléra. Cette idée fixe dangereuse fut heureusement facile à effacer et Justine retrouva la tranquillité au moins pour quelque temps.

Il est en effet facile de remarquer que toutes ces idées secondaires, surtout celles du dernier groupe pouvaient, sans grand'-peine, être effacées. Une séance de somnambulisme pour retrouver nettement l'image initiale, quelques suggestions, quelques dissociations en avaient facilement raison. Cela tient surtout au peu de durée antérieure de ces idées. Il en est en effet des idées fixes comme des contractures ; M. Charcot a bien justement observé qu'il ne fallait pas laisser traîner les contractures, il ne faut pas non plus laisser se développer les idées fixes. Plus on les attaque près de leur origine, plus il est facile de les décomposer et de les détruire.

Mais cette remarque n'avançait pas la guérison de notre malade. A quoi bon avoir acquis le pouvoir de lui enlever rapidement une idée fixe, si elle en reprend une autre quelques instants après ? Cette pullulation des idées fixes comme des parasites sur un arbre mourant est chez elle un fait des plus graves. Il semble que l'esprit ait été profondément bouleversé par la première obsession et qu'il soit maintenant incapable de résister au développement de la plus petite idée qui serait semée en lui. Une comparaison un peu singulière nous permet de comprendre cet état et son caractère dangereux. On sait que nos organes sont normalement très peu accessibles aux infections ; bien que des microbes nombreux et variés soient sans cesse déposés sur les orifices, ils ne pénètrent guère et dans l'intérieur du corps les muqueuses restent stériles. Cette résistance de l'organisme aux infections tient à

bien des causes, mais dans certaines circonstances elle est vaincue. Une espèce microbienne spéciale, particulièrement dangereuse, amène l'infection primitive de l'organe. A partir de ce moment, il se produit un phénomène bien curieux, qui a été particulièrement mis en lumière par M. Jules Janet[1], à propos d'un organe spécial. L'infection primitive guérie, l'organe ne revient pas à son état de résistance et d'immunité antérieures ; il reste au contraire pendant un temps quelquefois très long dant un *état de réceptivité*, c'est-à-dire qu'il se laisse infecter très facilement et à tout instant par tel ou tel microbe banal qui auparavant n'avait aucune action sur lui. Ces infections secondaires de la pathologie organique ne me semblent pas sans analogie avec les idées fixes secondaires de la pathologie mentale. Nous voyons d'un côté comme de l'autre que la maladie n'est pas terminée avec l'infection ou avec l'idée fixe primitive ; la réceptivité qui subsiste donne naissance à des rechutes sans cesse répétées. Chacune de ces rechutes est dangereuse : il est facile de voir, pour revenir au sujet qui nous occupe, que chaque idée fixe nouvelle peut s'affermir et grandir et qu'elle constituerait très vite une maladie tout aussi grave que la première. Il n'est pas impossible d'ailleurs qu'une de ces idées nouvelles ne puisse par association réveiller la première et faire retomber la malade dans l'état d'où elle était sortie. La guérison qui nous a coûté tant de peines est donc bien compromise et ne semble pas avoir été aussi complète que l'on pouvait l'espérer.

### 3. — La suggestibilité et l'aboulie.

Les idées fixes accidentelles que l'on vient d'étudier ne sont pas pour nous un phénomène inconnu, elles sont tout à fait identiques à des phénomènes bien analysés dans des études expérimentales, les suggestions. Dans les unes comme dans les autres, nous trouvons ce même développement des éléments sensoriels et moteurs contenus dans une idée, ce même isolement de la pensée qui se sépare de la conscience normale. C'est là une supposition facile à vérifier sur notre malade.

1. Jules Janet, Réceptivité de l'urètre et de l'utérus. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, août 1893.

Justine était, dès les premiers jours où nous l'avons connue, étonnamment suggestible. Il suffit de lever un de ses bras en l'air pour qu'elle l'oublie dans cette position bizarre ; bientôt même le membre se contracture *in situ,* ce qui nous donne la reproduction expérimentale des contractures systématisées. Un mot, pendant son état de veille le plus normal, provoque toutes les hallucinations ou détermine des rêves qui seront accompagnés d'hallucinations spontanées. Ces idées suggérées se développent avec force et tout à fait en dehors de sa personnalité normale. Il ne serait pas prudent de se mettre sur son passage et de chercher à l'arrêter quand je lui ai donné une suggestion ; elle devient aussi entêtée, aussi violente, aussi peu consciente que dans ses attaques naturelles. Le souvenir d'ailleurs est rapidement perdu après ces actes suggérés, comme après les idées fixes. Enfin il est facile de provoquer des actes subconscients de toute espèce, des écritures et même des paroles tout à fait automatiques qu'elle prononce sans s'en rendre compte et sans pouvoir les arrêter, comme elle murmurait jadis le mot choléra. L'origine même de ces idées fixes accidentelles (une parole entendue par hasard, un fragment de journal qu'elle a lu, etc.) est la même que celle des suggestions ; et l'on peut conclure en réunissant par un même mot les deux phénomènes : c'est à l'extrême suggestibilité de cette femme que sont dues les idées fixes sans cesse renaissantes.

Certains auteurs n'ont pas hésité à affirmer que la suggestion n'était pas un phénomène propre à certains malades et que nous étions tous suggestibles. Cette opinion provient sans doute de certaines confusions de langage, car sous le nom de suggestion on a voulu confondre tous les phénomènes mécaniques de la pensée, mémoire, association d'idées, habitude, etc. Mais si on restreint le mot suggestion à un fait précis, le développement complet et automatique de certaines idées en dehors de la volonté et de la conscience personnelle, on sera convaincu, croyons-nous, que la suggestion est un phénomène nettement pathologique. En tous les cas, l'exemple de Justine nous paraît instructif : voici une personne véritablement suggestible et l'on a vu quelles conséquences amenait chez elle la suggestibilité. Sommes-nous tous semblables à cette femme? Sommes-nous à chaque instant obsédés par toutes les idées fixes que la suggestion devrait faire naître en nous ? On nous accordera évidemment qu'il y a quelque différence entre la suggestibilité d'un homme normal et celle

de notre malade; on voudra bien reconnaître qu'il y a au moins une différence considérable de degré. C'est cette différence que nous essayons de comprendre en cherchant dans les autres perturbations des fonctions cérébrales la raison de cette suggestibilité anormale.

Beaucoup d'autres troubles, en effet, se mêlaient aux idées fixes que nous avons décrites isolément. Signalons d'abord certains phénomènes accidentels et transitoires que l'on pourrait aussi appeler des attaques, mais qui nous semblent bien distincts des attaques précédemment décrites. De temps en temps, surtout dans les périodes de malaise et de fatigue, ou bien à la suite d'un travail qui demandait quelque attention, elle s'arrêtait immobile, les yeux fixes, la bouche à demi ouverte. Elle restait ainsi des heures entières; quand on l'interpellait, elle répondait par des paroles dénuées de sens ou par des interrogations : « Où suis-je? je ne comprends pas..., je ne sais plus..., ma tête est vide..., je suis morte... » Au lieu de résister avec furie, comme elle faisait d'ordinaire dans ses attaques, elle se laissait conduire docilement et obéissait à des ordres très simples: « Viens, assieds-toi... » Mais elle ne tardait pas à retomber dans son engourdissement. Cette *stupeur* ne durait chez elle que quelques heures; une seule fois, à ma connaissance, elle a duré deux jours. Si on cherche, par les procédés déjà décrits, ce qui remplissait l'esprit pendant cette attaque, on ne constate aucune idée précise, mais seulement des rêves fort vagues, « des gens qui remuent, qui se battent, des voitures qui passent renversées, avec des chevaux qui ont les pattes en l'air... » Le plus souvent même, il n'y a pas de rêve, Justine ne pense à rien, ne perçoit et ne comprend plus rien, elle a « la tête vide » et le sentiment « de ne plus vivre, d'être morte ».

Cette attaque de stupeur est très importante, elle est, à bien des points de vue, identique à ces états de confusion mentale qui ont récemment été décrits après des maladies infectieuses. Mais ici cette confusion mentale n'est pas un fait accidentel et primitif, c'est une exagération momentanée d'un état d'affaiblissement général des fonctions cérébrales qui est chez cette malade continuel, et cette absence de perception n'est qu'un degré ultime des troubles de l'attention qui existent pendant toute la vie de la malade. Les divers syndromes qui sont décrits sous les noms d'état

neurasthénique, d'aboulie, de confusion mentale, de stupeur nous semblent former les divers degrés d'une même perturbation psychologique et la malade peut sous différentes influences passer facilement de l'un à l'autre.

Nous allons donc retrouver chez Justine tous les symptômes que nous avons décrits chez d'autres malades sous le nom de phénomènes d'aboulie. Il est intéressant de voir encore leurs caractères et de constater qu'ils accompagnent encore les idées fixes et la suggestibilité. Nous étudierons ces phénomènes dans la volonté, dans l'attention, dans la mémoire et dans la perception des sensations.

Nous n'avons vu jusqu'à présent Justine que dans ses attaques et nous l'avons trouvée agitée et violente. Elle est tout autre dans l'intervalle et surtout beaucoup plus calme, car elle est depuis fort longtemps absolument incapable de ne rien faire. Elle est comme un enfant sans décision et sans résistance, n'agissant un peu que sous l'impulsion continuelle des personnes qui l'entourent et souvent même incapable malgré ses efforts de leur obéir : « Je voudrais bien travailler, mais je n'ai pas le courage de me lever, de me débarbouiller... Se lever de son lit, de sa chaise, c'est un travail qui n'a rien d'humain. » Comme nous le savons, elle peut continuer indéfiniment le travail une fois commencé, mais ne peut l'interrompre pour en commencer un nouveau. Elle est restée toute une journée à coudre des boutonnières sans pouvoir se lever pour aller manger un peu. Nous n'insistons pas sur ces faits, ni sur la lenteur et l'hésitation des actes volontaires opposée à la brutalité des actes impulsifs, ce sont des faits maintenant bien connus.

L'attention est nulle, ce qui trouble toute l'intelligence des choses présentes. Bien entendu, Justine lit sans comprendre, c'est là un symptôme vraiment caractéristique de ces malades. « Il y a entre moi et votre journal un obstacle monstrueux, un brouillard épais... » Ne prenons pas ces paroles avec trop de précision : la malade voit clair et elle distingue les lettres qu'elle épelle fort bien, c'est la synthèse des mots qu'elle est incapable de faire. Ce défaut de l'attention s'accuse même dans la perception des objets ; elle ne reconnaît pas les gens qui viennent la voir et demande à son mari l'usage des objets les plus usuels. Elle comprend mal le langage, n'a plus aucune confiance dans ce qu'on lui dit et finit par douter de ses propres paroles : « Ai-je dit une bêtise?... je

dois avoir menti, etc. » Ces perceptions inexactes l'étonnent et elle se plaint de ne plus voir les choses comme à l'ordinaire : « Le monde est bien changé... On ne s'y reconnaît plus,... un brouillard enveloppe les choses et les gens parlent au travers d'un mur ». Il est vraiment curieux de constater combien tous ces malades se ressemblent, « le vide dans la tête, le brouillard, le mur », sont des expressions caractéristiques que l'on peut considérer comme des symptômes, car elles se retrouvent exactement les mêmes dans toutes les observations.

La mémoire présente des troubles fort complexes; certaines amnésies sont nettement systématisées : par exemple Justine oublie la figure de son mari, qui était absent depuis quelques heures, au point de ne plus reconnaître ses portraits. Nous avons déjà décrit certaines de ses amnésies systématisées qui portaient sur le langage. « Justine perd la mémoire motrice de certains mots, elle les entend, mais ne peut pas les prononcer : il faut que son mari les articule nettement devant elle pour qu'elle voie le mouvement des lèvres et essaye de le reproduire. Quand elle est seule et qu'elle veut prononcer ces mots, il faut qu'elle évoque l'image visuelle des lèvres de son mari pour copier le mouvement. Elle a beaucoup d'oublis de l'écriture et tout d'un coup ne sait plus du tout comment s'écrit un mot, ou elle l'écrit avec une orthographe fantaisiste ou elle le passe tout simplement[1]. » Ces petits oublis dans la parole ou l'écriture d'une hystérique sont intéressants au point de vue clinique, car ils simulaient quelquefois à s'y méprendre les oublis caractéristiques de la démence paralytique.

D'autres amnésies localisées étaient produites par les attaques et par les somnambulismes. Tous les phénomènes qui se groupaient autour des rêves subconscients étaient pour ainsi dire entraînés par eux et se rattachaient à cette seconde existence. Ces amnésies, cependant, présentaient chez Justine une irrégularité intéressante et déjà souvent signalée. L'oubli était complet au réveil du somnambulisme, mais le lendemain et les jours suivants quelques souvenirs de l'état second réapparaissaient pendant la veille. Ce retour des souvenirs peut s'expliquer, suivant les cas, de différentes manières ; il est dû ici, croyons-nous, à ce fait que le sujet rêvait pendant la nuit suivante à la séance de somnam-

1. *Stigmates mentaux des hystériques*, 1892, 85.

bulisme et se souvenait en partie de ses rêves qui devenaient une sorte d'intermédiaire entre le somnambulisme et la veille.

Mais la perturbation la plus importante de la mémoire était celle que nous avons désignée sous le nom d'*amnésie continue*. Justine se souvient bien des faits anciens et surtout des événements de sa jeunesse, mais conserve mal le souvenir des choses récentes. Cet oubli prit un jour chez elle une forme bien nette : son mari lui avait acheté un piano; pendant longtemps, elle s'arrêtait devant ce piano sans savoir d'où il venait. « Les autres meubles, disait-elle, je les connais bien, mais ce piano, d'où vient-il ? Qui l'a mis là ? » Malgré des efforts en apparence très grands, répétés pendant plusieurs jours, elle ne pouvait parvenir à apprendre quelques vers et à les réciter par cœur. Ces amnésies n'existent en réalité que pour la personne consciente : les souvenirs, comme on le sait, persistent d'une façon subconsciente. Pendant les attaques et les somnambulismes, Justine récitait très bien la pièce de vers qu'elle avait essayé d'apprendre. Enfin cette forme d'amnésie se rattache aux troubles de l'attention et de la perception consciente : nous ne pouvons revenir sur cette étude[1].

Enfin cette insuffisance cérébrale et psychologique se manifestait d'une manière sinon plus décisive au moins plus simple par les troubles de la sensibilité consciente. Des anesthésies des divers sens existaient au début de l'observation et se sont reproduites dans diverses circonstances. Voici les troubles que l'on pouvait constater assez fréquemment, surtout au début de l'observation, pendant la période la plus grave de la maladie : anesthésie presque complète pour la douleur, le toucher et les mouvements communiqués du côté droit, analgésie du côté gauche, anesthésie de la langue, perte du goût, perte du réflexe pharyngien, perte à peu près complète de l'odorat, diminution de l'ouïe, réduction de l'acuité visuelle à 1/3, réduction du champ visuel à 70 du côté gauche et à 35 pour l'œil droit. Nous étudierons à part dans le chapitre suivant certains troubles de la vue et certaines modifications du champ visuel présentées momentanément par cette malade. En effet, il faut reconnaître que

1. Amnésie continue. *Revue générale des sciences*, 30 mars 1893, p. 167. Voir le chapitre II.

ces anesthésies étaient extrêmement variables et se modifiaient sous toutes sortes d'influences. Elles disparaissaient quelquefois d'une manière complète, dès que les idées fixes diminuaient et réapparaissaient à chaque suggestion, à chaque obsession nouvelle. Cette anesthésie correspond exactement au type que nous avons décrit sous le nom d'anesthésie par distraction, elle nous montre bien comment se forment les anesthésies qui sont d'ordinaire plus stables chez d'autres hystériques. On constatait également chez cette malade le rapport étroit que nous venons de signaler entre l'anesthésie et l'émotion. La plus légère émotion faisait disparaître les sensations conscientes en laissant subsister les sensations subconscientes, c'est-à-dire qu'elle dissociait le cerveau et l'esprit. Elle supprimait d'un côté l'union des centres et de l'autre la synthèse des sensations avec la personnalité.

Le plus souvent, d'ailleurs, on constatait une diminution, une perturbation dans les sensations plutôt que leur suppression complète. Ces troubles étaient surtout curieux pour le sens visuel et donnent lieu à plusieurs remarques intéressantes.

Le premier de ces troubles visuels se rattache, à mon avis, au fait souvent décrit sous le nom d'*asthénopie*. Quand la malade regarde avec fixité, quand elle essaye de lire par exemple en cherchant à comprendre, elle ne peut voir clair que peu de temps ; après deux minutes à peu près, elle se plaint de douleurs dans les yeux, dans la racine du nez, elle a des larmes dans l'œil gauche, puis dans l'œil droit, elle voit de moins en moins et enfin se trouve dans une obscurité presque totale. Cet arrêt de la vision dure aussi à peu près deux minutes, puis la vue revient dans l'œil droit, ensuite dans l'œil gauche. Si la malade continue sa lecture, le même accident va se reproduire au bout de quelques minutes. Un phénomène de ce genre est-il essentiellement visuel, est-il dû à des perturbations dans l'œil lui-même ? Nous ne le pensons pas. En effet nous constatons un fait absolument semblable pour le sens de l'ouïe quand il est exercé avec attention volontaire. Nous prions la malade d'écouter le tic tac de la montre ou le battement d'un métronome, elle ne peut le faire que pendant une minute et demie. A ce moment, elle se met à gémir, se plaint de souffrir dans l'oreille, puis n'entend absolument plus rien ; l'ouïe revient peu à peu pour disparaître encore si la malade essaye de faire attention. En outre, ce phénomène ne se produit que dans certaines conditions : il faut que la sensation soit attentive et volon-

taire pour qu'elle se fatigue aussi vite. Quand la malade cause avec nous en maintenant les yeux ouverts, elle ne se plaint de rien, et cependant elle a vu pendant une demi-heure tout ce qui se passait ; bien mieux, quand elle tient un livre et le parcourt des yeux sans chercher à comprendre ce qu'elle lit, elle ne devient pas aveugle toutes les deux minutes. Elle voit réellement, puisque dans un somnambulisme consécutif, elle peut résumer le contenu de cette page. Cette asthénopie est donc une manifestation particulière de la faiblesse de l'attention visuelle qui ne peut comprendre, synthétiser les phénomènes visuels que pendant un temps court et qui se fatigue rapidement. On peut dire, si l'on veut, que ces phénomènes dépendent d'un engourdissement ou mieux d'un trouble de nature inconnue dans le fonctionnement du centre visuel. Ce n'est pas une paralysie complète du centre, puisque les sensations existent encore ; c'est un trouble qui rend difficile l'association des différents centres entre eux. C'est une difficulté de la systématisation cérébrale et mentale.

Une autre altération de la vue se rattache aussi à l'insuffisance de l'attention, ce sont les modifications du champ visuel. Le champ visuel de Justine est extrêmement variable, il se rétrécit d'une manière énorme dès que le sujet éprouve une fatigue physique ou morale, et surtout dès qu'il est obsédé par des idées fixes ; j'ai déjà montré ailleurs que l'on pouvait suivre la gravité des idées fixes de cette malade rien qu'en prenant son champ visuel. Même au moment où le champ visuel est très grand et semble normal, il présente cependant une altération latente qui n'est manifestée que par l'expérimentation. « Au centre de l'appareil je fixe un morceau de papier sur lequel se trouvent, suivant les cas, quelques phrases écrites assez fin ou quelques nombres. Je place le sujet dans la position voulue pour lui mesurer le champ visuel et je le prie non seulement de regarder au centre, mais encore de lire le papier ou d'opérer mentalement une opération arithmétique sur les chiffres qui y sont inscrits. Lorsque l'attention est bien fixée sur ce travail, ce qui d'ordinaire n'a lieu qu'au bout de quelques instants, je promène le bâton qui porte un petit objet blanc sur le périmètre, du côté externe de l'œil examiné, en allant de la périphérie vers le centre, je l'arrête quelques instants au point que je sais être dans le champ du sujet, 40° par exemple, puis je le retire. A ce moment j'interromps le sujet dans son travail et je lui demande s'il a vu le signal s'avancer sur l'arc.

Suivant sa réponse, je recommence la même opération en laissant le signal plus loin ou en l'avançant vers le centre. On arrive ainsi à déterminer le champ visuel du sujet pendant la fixation de l'attention[1]. » Nous avons montré que dans cette expérience l'attention réduit peu le champ visuel de l'homme normal, mais qu'elle réduit considérablement le champ visuel des malades. Justine dans ces conditions passe de 90° à 30° et quelquefois à 20°. La puissance de perception personnelle est si petite qu'elle ne peut se porter sur un point sans abandonner les autres, cela tient en partie à la fatigue déterminée par la fixation de l'attention qui engourdit encore davantage les centres de perception ; c'est aussi parce qu'il y a plus de détails à percevoir au point central que le champ visuel périphérique diminue. Ce rétrécissement du champ visuel par l'attention rentre d'ailleurs dans un groupe de faits de même genre, car on constate facilement une anesthésie momentanée de tous les autres sens au moment où le malade fait attention à une sensation particulière. La diminution de la puissance de synthèse, le rétrécissement du champ de la conscience porte ici nettement sur le nombre des phénomènes *simultanés,* tandis que dans les observations précédentes d'asthénopie il semblait porter sur la durée, sur le nombre des phénomènes *successifs* qui pouvaient être perçus consciemment.

Enfin nous signalons seulement un dernier trouble de la vue dont l'étude demanderait de longs développements, c'est la diplopie monoculaire et binoculaire. Le malade voit double ; mais ce qui est étonnant et contraire à toutes les lois de l'optique, elle voit double, même lorsqu'elle n'a qu'un œil ouvert. Sans entrer de nouveau dans les discussions délicates relatives à cette diplopie monoculaire[1], nous en rappellerons seulement les conclusions. « Le trouble d'accommodation, qui accompagne la diplopie monoculaire et qui a été étudié par M. Parinaud, est le point de départ d'une illusion : le malade en réalité voit troubles et non pas doubles les objets qui ne sont point exactement au point pour lequel son œil est accommodé. C'est par une interprétation devenue habituelle, que s'engendre la diplopie véritable. » Mais d'où vient une aussi singulière interprétation ? elle vient, dans le cas présent,

1. *Stigmates mentaux des hystériques*, p. 76.
2. *Accidents mentaux chez les hystériques*, p. 73.

de la diplopie binoculaire qui, elle, est bien réelle et des plus intéressantes pour l'analyse psychologique de ces malades.

Quand Justine a les deux yeux ouverts, elle voit deux images dont chacune est fournie par un œil, on peut s'en assurer en couvrant un œil d'un verre coloré, l'une des images est vue rouge tandis que l'autre reste blanche. Cette diplopie est due en partie au défaut de convergence des axes optiques et à un véritable strabisme momentané. Mais ce défaut de convergence et ce strabisme ont eux-mêmes une cause plus profonde, c'est le défaut de fusionnement, de synthèse des diverses images fournies par les deux yeux[1]. Ce caractère est très général chez les hystériques, mais il se dissimule fréquemment comme cela arrivait d'ailleurs chez Justine. En effet, les malades font bientôt abstraction des images fournies par un œil, elles les laissent subconscientes, et quoique ayant les deux yeux ouverts, elles ne voient consciemment qu'avec un seul œil. Elles substituent instinctivement la vision monoculaire à la vision binoculaire. Il est facile de s'en assurer par une petite expérience bien simple : pendant qu'elles lisent un livre, un crayon placé verticalement devant leurs deux yeux ouverts les empêche de lire certaines lettres, cela n'arriverait pas si elles voyaient avec les deux yeux. Cette négligence des sensations d'un œil me paraît dans bien des cas l'origine de l'amaurose unilatérale. On peut, comme M. Parinaud l'a montré si élégamment, remarquer que la vision binoculaire est proprement humaine et considérer sa perte comme une dégradation et un retour à la vision monoculaire des animaux. On peut surtout remarquer que ce trouble de la vision confirme complètement les idées que nous avons toujours exprimées sur les sensations de ces malades, le défaut de synthèse, la dissociation des fonctions s'accuse ici d'une manière peut-être plus précise que partout ailleurs[2].

Telles sont, sommairement résumées, les perturbations princi-

1. Consulter sur ce point le *rapport* si intéressant de M. Parinaud sur le traitement du strabisme, 1893.

2. Nos études sur la psychologie des hystériques nous ont amené à exprimer sur leur vision des idées en très grande partie analogues à celles de M. Parinaud. L'opposition apparente ne tient, croyons-nous, qu'au langage employé. M. Parinaud exprime les faits en langage anatomique, nous croyons devoir nous borner à décrire ces faits tels qu'ils sont actuellement connus, c'est-à-dire à les décrire en langage psychologique.

pales que nous constatons dans la volonté, dans l'attention, dans la mémoire, dans la sensation de notre malade. Ces troubles des diverses fonctions se combinaient, comme on peut le supposer, pour produire une altération générale du caractère et de la personnalité. Justine elle-même s'en apercevait, et elle répétait sans cesse la phrase stéréotypée : « Je suis changée, je ne me reconnais plus... » Son caractère dans son ensemble était surtout enfantin : cette femme de quarante ans a des étonnements, des naïvetés de petit enfant, elle veut que l'on joue avec elle, qu'on l'amuse, elle se dispute indéfiniment pour des vétilles comme un enfant de dix ans. Mais elle présente en outre bien des bizarreries souvent inexplicables, toutes les contradictions qui caractérisent la conduite et l'attitude des hystériques. Son esprit a de la finesse, des délicatesses qui surprennent, et il est cependant stupide, incapable de comprendre les choses les plus simples ; la sensibilité semble profonde, l'affection, le remords, tous les sentiments semblent exaltés et cependant l'indifférence et l'insensibilité sont aussi absolues. Cette femme s'étonne elle-même de son caractère : « Comment puis-je fondre en larmes pour un morceau de musique et avoir le cœur aussi sec ! je suis très bonne au fond, je veux du bien à tout le monde et je n'en fais à personne... » Nous avons déja essayé bien des fois d'expliquer ces contradictions, nous avons peut-être indiqué quelques éléments de la solution, la différence entre l'intelligence passée et acquise et l'intelligence présente, entre le fonctionnement automatique et le fonctionnement personnel et conscient de l'esprit. Mais en regardant de près ces caractères toujours intéressants, nous voyons sans cesse des difficultés et des questions nouvelles.

Nous ne pouvons terminer cette étude sans signaler les troubles physiologiques qui accompagnaient ces perturbations mentales, ils sont aussi bien caractéristiques et se retrouvent chez la plupart des malades du même genre.

Nous n'insisterons pas sur les troubles digestifs, bien que, au premier abord, ils puissent paraître considérables ; Justine qui mangeait très irrégulièrement avait des digestions pénibles, des vomissements, des alternatives de diarrhée et de constipation extrêmement tenace. L'estomac cependant n'était pas dilaté et ne présentait pas d'altérations notables ; ces troubles semblent se rattacher très directement à l'émotion relative au choléra et au

régime suivi ; ils disparurent très vite et n'ont pas semblé accompagner les autres symptômes de l'état mental.

Les troubles de la nutrition générale étaient au contraire fort curieux : nous voyons d'abord, comme chez Marcelle, la peau sèche et pulvérulente, les ongles cassants, les cheveux qui tombent, etc. Mais nous sommes frappés en outre par une obésité singulière ; cet embonpoint est variable, il augmente dans les périodes de maladie grave et diminue quand Justine renonce à ses idées fixes et reprend quelque volonté et quelque ardeur au travail. Il en a été ainsi, comme on le verra, depuis l'enfance de la malade[1].

Les troubles circulatoires et surtout les troubles des fonctions vaso-motrices sont des plus nets. Des ecchymoses apparaissent sur les membres à la suite des contractures déterminées par des rêves, des taches rouges sont fréquemment marquées sur la poitrine et sur la figure, des congestions de la face alternent avec des pâleurs subites, etc. Ces plaques rouges sur le nez, sur les oreilles, sous les yeux sont très fréquentes chez tous les psychasthéniques et contribuent à caractériser leur physionomie. Mais chez Justine elles étaient si mobiles qu'elles semblent en rapport avec les émotions perpétuelles de la malade.

Depuis longtemps la menstruation est fort difficile et insuffisante ; cette époque d'ailleurs s'accompagne toujours d'un redoublement formidable de tous les symptômes. Non seulement les idées fixes anciennes revenaient à chaque époque avec intensité, mais encore c'est surtout à ce moment que le malade prenait le germe des idées fixes nouvelles. On ne saurait assez insister sur la suggestibilité énorme des femmes au moment des règles. C'est, à mon avis, le point de départ méconnu de bien des maladies nerveuses et mentales.

Enfin le trouble général du système nerveux se manifeste par des symptômes physiques que nous croyons devoir signaler. On sait que, en général, l'anesthésie et la paralysie hystériques n'altèrent pas les réflexes, car elles ne sont le plus souvent que des symptômes psychologiques ; mais indépendamment de l'anes-

1. Nous n'avons pu, dans ce cas, analyser les urines d'une manière assez précise, la malade était en dehors de l'hôpital et ne nous donnait que d'une manière imparfaite le volume des urines de la journée. Nous avons seulement constaté qu'elles ne renfermaient aucune substance anormale.

thésie et de la paralysie, il peut exister, croyons-nous, chez ces malades, des altérations des réflexes en rapport avec l'épuisement général du système nerveux ou même avec l'épuisement de certains centres qui après avoir fonctionné isolément, fonctionnent d'une manière anormale et insuffisante. Non seulement Justine a perdu le réflexe pharyngien, ce qui est fréquent, mais elle présente des réflexes patellaires très diminués, presque nuls. En outre, *les pupilles sont inégales,* celle de droite bien plus resserrée que celle de gauche et cette inégalité me paraît due à la lenteur et à l'insuffisance du réflexe pupillaire à gauche. Si l'on ajoute que le malade ne peut pas se tenir debout les yeux fermés, qu'elle a des vertiges et des troubles de la mémoire très précis que nous avons décrits, il est incontestable que bien des personnes seraient disposées à affirmer un diagnostic très grave. Ce serait cependant une erreur, ainsi que nous avons pu nous en convaincre par une longue observation. Ces altérations des réflexes sont variables et, chose étonnante, les pupilles redeviennent égales dans les instants où les idées fixes sont dissipées et où l'esprit est raffermi. D'ailleurs, comme on le sait, rien n'est plus facile à confondre que ces états hystériques ou neurasthéniques et la paralysie générale au début. Il n'est donc pas inutile de rappeler encore par un exemple que les troubles mêmes des réflexes et l'inégalité pupillaire peuvent ne pas être des signes décisifs.

Nous ne cherchons pas lesquels de ces troubles psychologiques et physiologiques sont primitifs et déterminent les autres, c'est là une dispute tout à fait oiseuse. Tous ces phénomènes sont aussi importants les uns que les autres, ils forment un ensemble dont il ne faut rien retrancher, ils sont tous des manifestations d'une altération fondamentale des fonctions vitales qui probablement nous restera encore longtemps inconnue. La seule chose qui nous paraisse importante à remarquer, c'est qu'il y a dans tous ces troubles un caractère commun, la dissociation des fonctions, la perte de l'unité, la diminution de cette synthèse continuelle qui fait la vie et la pensée.

C'est précisément ce caractère général qui explique la suggestibilité et la pullulation des idées fixes. Les idées fixes ne se développent complètement que parce qu'elles se développent isolément. L'esprit et le corps tout entier ne viennent plus comme chez l'homme normal prendre part à chaque phénomène ; la dé-

sagrégation amène le manque d'équilibre et le développement exagéré d'une partie qui devient analogue à un parasite.

## 4. — *Éducation de l'esprit.*

La connaissance des faits précédents doit modifier nos idées sur le traitement de la maladie. Sans doute nous pouvons plus ou moins facilement modifier ou même supprimer telle ou telle idée fixe, mais nous laissons subsister un état cérébral profondément dangereux, grâce auquel d'autres idées fixes en nombre indéfini et quelquefois plus dangereuses que la première vont se développer et remplacer celle que nous aurons supprimée. La puissance même de nos suggestions qui nous paraît heureuse est une marque de la profonde désagrégation de l'esprit, et plus la guérison est en apparence facile, plus l'esprit est en réalité malade. Continuer à supprimer les idées fixes les unes après les autres à mesure qu'elles apparaissent, c'est se condamner à un travail interminable et exposer le sujet à tous les dangers. En même temps que l'accident local qui est l'idée fixe, il faut traiter l'état général de la pensée qui permet la formation des idées fixes et qui produit la suggestibilité.

Il ne faut pas se faire d'illusions sur la puissance fort médiocre de la thérapeutique, et il faut constater que nous savons fort mal comment traiter ces épuisements nerveux qui sont les sources de tant d'accidents. Les traitements proposés sont innombrables et leur nombre ne prouve pas leur valeur. Sans doute divers traitements toniques peuvent dans certains cas être utiles, mais dans le cas présent, nous remarquons que depuis vingt ans la malade a usé et abusé de tous les traitements possibles et que, en outre, l'usage des médicaments augmente ses prédispositions hypocondriaques. L'effet utile des médicaments ne compensant pas, à notre avis, leur mauvaise influence morale, nous les avons tous supprimés. Nous n'avons conservé que l'hydrothérapie dont nous avons toujours apprécié l'heureuse influence dans des états de ce genre. Mais Justine reçoit des douches depuis l'âge de quinze ans sans être guérie, et il ne faut pas attendre de cette médication autre chose qu'une aide très relative.

Est-il plus facile de traiter cette insuffisance mentale par des procédés psychologiques et, en particulier, peut-on se servir ici

comme précédemment des procédés fournis par le somnambulisme et la suggestion ? Il en est quelquefois ainsi quand l'esprit, débarrassé d'une idée fixe, reprend spontanément son activité ; mais quand l'esprit reste encore profondément malade après la disparition de l'obsession, nous ne croyons pas que des suggestions puissent le guérir. Certains auteurs pensent que l'on peut suggérer la volonté et la liberté ; il y a là, à notre avis, une erreur de raisonnement et d'observation que nous avons souvent signalée [1]. Le malade suggéré fera semblant de vous résister par obéissance, mais il ne sera pas véritablement libre ; au contraire, la suggestion développe l'activité automatique et subconsciente et diminue les derniers efforts volontaires. Les sujets prennent bien vite une habitude singulière et dangereuse : ils ne s'étonnent plus de rien, ils acceptent les hallucinations, les mouvements subconscients, les bouleversements les plus bizarres. C'est qu'ils ont dans leur magnétiseur une confiance absolue et qu'ils le croient maître et responsable de tout ce qui se passe dans leur esprit. Cette indifférence, cette renonciation à tout contrôle personnel est des plus dangereuses, et elle ne contribue pas peu à augmenter l'aboulie fondamentale de ces malades. En un mot, la suggestion, comme tout médicament dangereux, est utile dans certains cas, elle peut servir à atteindre et à supprimer des idées fixes devenues subconscientes, sur lesquelles le sujet n'a plus aucun pouvoir et qui empêchent toute restauration de l'activité mentale ; mais en dehors de son rôle, elle est extrêmement nuisible, car elle ne peut qu'augmenter la désagrégation mentale, principe de tous les accidents.

Nous ne pouvons guère ici appliquer le traitement ingénieux qui a été proposé autrefois par bien des auteurs et pour traiter des cas de paralysie ou de contracture des membres, d'anorexie hystérique, de spasmes des viscères et qui consiste à exciter, à *réveiller* la sensibilité tactile et musculaire des membres ou des viscères. Ce procédé a sa raison d'être dans l'étude si souvent faite par nous-même des relations entre l'anesthésie et les accidents hystériques. Mais dans le cas actuel l'anesthésie, d'ailleurs très variable, n'avait pas une aussi grande importance, elle pouvait disparaître momentanément et laisser subsister d'autres troubles plus profonds.

1. *Automatisme psychologique*, p. 456 et *passim*.

Nous sommes donc obligé de chercher un traitement psychologique qui porte sur les points essentiels, qui augmente la puissance de synthèse mentale et les facultés qui en dérivent, la volonté, le jugement, l'attention. Existe-il des méthodes qui arrivent à ce résultat ? Les pédagogues ont-ils institué des traitements de l'attention ? Nous regrettons de ne pas les avoir connus et nous avons été réduit à faire appel au procédé le plus banal pour développer une faculté insuffisante, l'éducation et la gymnastique.

Le travail cérébral chez les aliénés soulève un problème quelquefois fort délicat. On est souvent disposé à croire que ces esprits fatigués, surmenés, ont besoin de repos et on leur permet une inaction absolue qu'ils acceptent très volontiers. Cette opinion peut être souvent fort juste et dans bien des cas de neurasthénie aiguë, déterminée évidemment par un travail cérébral excessif, la préparation d'un concours par exemple, le repos du cerveau aussi complet que possible deviendra nécessaire. Mais en est-il ainsi chez ces neurasthéniques chroniques qui, en réalité, ne font rien depuis bien des années ? Est-ce qu'une inertie cérébrale aussi prolongée n'est pas aussi dangereuse que l'immobilisation indéfinie d'un membre après une entorse ou une fracture ? C'est ce que nous avons pensé et ce que nous avons voulu vérifier par l'expérimentation. Depuis bien des années nous avons essayé de soumettre plusieurs malades et en particulier Justine à une méthode de traitement qui consiste à les faire travailler cérébralement d'une manière régulière comme des enfants au collège. Des méthodes de ce genre ont été souvent proposées, en particulier par Legrand du Saulle, qui avait aussi constaté les effets du travail cérébral sur les douteurs et les obsédés, mais cette méthode était, si je ne me trompe, autrement employée et autrement comprise. Legrand du Saulle considérait le travail comme un moyen de distraire les malades de leurs obsessions et il cherchait à leur remplir l'esprit de spectacles variés et intéressants. De là cette recommandation des voyages qui nous paraît bien souvent un préjugé : des spectacles trop souvent nouveaux fatiguent l'attention de ces personnes et ne sont plus perçus consciemment. Nous considérons le travail non comme une distraction, mais comme une gymnastique qui accroît par l'exercice la puissance de synthèse mentale, seule capable de s'opposer efficacement à la suggestibilité et aux idées fixes.

Aussi nous voudrions éviter les travaux qui peuvent s'exécuter

machinalement et sans attention ; nous voudrions ne faire faire aux malades que des travaux de jugement et de composition. Nous voudrions aussi graduer ces travaux, d'après la durée de l'attention exigée et d'après le nombre des éléments qu'il faudrait synthétiser. Peut-être pourrait-on ainsi élargir le champ de la conscience, donner à l'esprit le pouvoir de maintenir plusieurs idées simultanées ; de les combiner ensemble et de les opposer les unes aux autres.

Il y a toujours, et surtout quand on se place au point de vue médical, une différence énorme entre la théorie et la pratique. Nous renonçons à faire comprendre les difficultés que nous avons rencontrées dans cette entreprise singulière qui consistait à ramener à l'école une femme aliénée âgée de quarante ans. Il était difficile de trouver un travail, plus difficile de le lui faire accepter. Puis le travail s'exécutait tout autrement qu'il ne fallait, il se faisait automatiquement sans résultat utile : Justine lisait sans comprendre, ne pouvant réciter qu'en somnambulisme ce qu'elle avait appris, etc. Le travail était-il assez bien fait, il devenait extrêmement pénible, provoquait des maux de tête ou des accidents graves, des attaques, des sommeils, des stupeurs se prolongeant 48 heures, ce qui ne rassurait pas les témoins sur l'efficacité du traitement. Il fallut un véritable entêtement pour continuer cette expérience pendant deux ans. D'un côté, j'usai de toutes les ressources de la suggestion, qui reprenait ici son rôle, pour contraindre la malade à faire ces travaux ; de l'autre, le mari de Justine, qui était un homme fort intelligent et dévoué à cette pauvre femme, a mis une grande patience et une grande habileté à exécuter cette singulière ordonnance médicale.

Nous avons pu obtenir ainsi d'abord quelques minutes d'attention consciente sans accident, nous avons pu amener la malade à expliquer quelques lignes, à faire une addition, etc. Puis le travail put être prolongé une demi-heure, une heure par jour sans inconvénients. Des anciens souvenirs qui semblaient effacés réapparaissaient tout d'un coup et facilitaient la besogne ; après quelques jours d'efforts infructueux, Justine découvrait tout d'un coup qu'elle savait faire une multiplication. De petites compositions littéraires purent être faites et les leçons, grande merveille, pouvaient être récitées à l'état de veille. Sans doute, il arrivait de temps en temps des malheurs, Justine tout à coup devenait stupide, ou bien oubliait de nouveau tout ce qu'elle venait d'apprendre

pendant trois mois et il fallait recommencer. Mais un nouveau travail que nous lui avons fait entreprendre eut un résultat étonnant : Justine se mit à faire du solfège et du piano et se passionna pour la musique. L'attention naturelle dont parle si justement M. Ribot vint se joindre à l'attention commandée et l'éducation fit de grands progrès.

Ces progrès se sont présentés d'une manière intéressante que nous avons déjà décrite chez une autre malade : ils n'ont pas été graduels et continus, mais au contraire brusques et comme par soubresauts. La malade avait un jour quelques heures de bien-être, pendant lesquelles elle comprenait tout, n'éprouvait plus aucun malaise et se déclarait entièrement guérie. « Je me retrouve comme j'étais dans mon enfance, il y a des années que je n'ai pas été comme cela. » Puis tout retombait brusquement pour un temps plus ou moins long. Ces périodes sont tout à fait analogues aux « instants clairs » de Marcelle et elles me paraissent avoir une certaine importance au point de vue du diagnostic et du pronostic. Je les constate de nouveau chez plusieurs malades du même genre et elles me semblent caractéristiques des états abouliques en voie de guérison. Chez Justine elles se sont répétées, prolongées pendant des heures, puis pendant des journées. Bientôt ces instants clairs durèrent chez elle au moins trois semaines et ne disparurent que pendant la période des règles.

Maintenant que ces périodes de santé morale se sont étendues, on peut mieux constater le résultat général de l'éducation. Justine a acquis quelque instruction, elle peut faire les comptes d'une petite maison de commerce, et elle déchiffre d'un façon passable des morceaux de piano faciles, ce sont des résultats dont elle est très fière, mais sur lesquels nous n'avons pas à insister. Le fait vraiment intéressant, c'est que la plupart des symptômes de l'aboulie se sont profondément modifiés. L'activité physique et intellectuelle est en grande partie rétablie ; la malade travaille continuellement dans sa maison, se rend utile et, dans les heures consacrées au travail cérébral, cherche à résoudre des problèmes d'intérêt, tandis qu'autrefois elle ne pouvait pas comprendre trois lignes d'un journal. Les doutes ont disparu, la mémoire est normale et les anesthésies ne peuvent plus être constatées que très rarement. Le champ visuel se rétrécit encore un peu sous l'influence de l'attention, mais beaucoup moins qu'autrefois, et la

diplopie n'existe plus. La malade s'aperçoit bien de tous ces changements et s'étonne de se rendre compte des choses qu'elle ne comprenait plus depuis bien des années, elle se sent plus capable d'affection et, de toutes façons, plus heureuse.

Ce qui est plus surprenant, c'est que la santé physique se ressent de ces modifications morales. La voici qui mange et qui digère de la façon la plus correcte et cependant, quoiqu'elle mange bien plus qu'autrefois, elle maigrit : de 197 livres, elle a passé à 169, en quatre mois elle a diminué de 27 livres. Ce fait, peu explicable, semble confirmer notre remarque précédente : c'est que son obésité était en relation avec des phénomènes nerveux pathologiques[1]. La peau n'est plus sèche et le teint est tout différent. On pourra sourire de ces remarques et trouver au moins singulier que les cheveux de cette femme repoussent parce qu'elle fait des rédactions littéraires et joue du piano. Nous répondrons simplement que nous relatons des faits et qu'un fait n'est jamais ridicule. En outre, on pourra remarquer que d'une part cette femme était dans un état de délire continuel, présentait sans cesse des congestions et des troubles vaso-moteurs en rapport avec des perturbations émotionnelles, ne dormait plus et mangeait d'une façon très irrégulière, que d'autre part son cerveau était envahi par un engourdissement de plus en plus grave. Aujourd'hui nous avons pu lui imposer, grâce au travail cérébral, une hygiène parfaitement correcte, une vie tout à fait calme ; en même temps son cerveau a été réveillé de sa torpeur. Est-il bien étonnant que sa santé physique et sa nutrition générale ressentent le contre-coup de ces modifications ?

Ce qui est plus intéressant à étudier et ce qui faisait particulièrement l'objet de nos recherches, c'est le phénomène de la suggestibilité et les idées fixes. Que sont-ils devenus au milieu de tous ces changements ? Les modifications de la suggestibilité sont difficiles à apprécier, car le sujet peut sentir à notre façon de suggérer si nous désirons ou non être obéi, il peut désobéir par obéissance. Nous avons essayé cependant d'expérimenter correctement. Nous n'avons jamais laissé soupçonner nos recherches au

1. Esquirol signalait autrefois un fait à peu près du même genre : « La terminaison des accès de délire, dit-il, chez une malade intermittente s'annonce par un grand et rapide amaigrissement, tandis que le retour des accès a lieu quand la malade a repris beaucoup d'embonpoint. » Esquirol, *Des maladies mentales*, 1838, I, 83.

sujet, nous avons essayé de temps en temps les suggestions à l'état de veille et noté les résultats sans aucun commentaire. Ces recherches sont imparfaites, nous en convenons, en voici cependant les résultats. La suggestibilité, les actes subconscients, la désagrégation de l'esprit n'ont pas disparu d'une façon complète : le somnambulisme peut encore être provoqué et c'est pour nous la persistance d'un signe pathologique. A de certains moments, au moment des règles, par exemple, la suggestibilité est à peu près aussi forte qu'autrefois. Mais dans les périodes plus favorables, la suggestibilité a énormément diminué et la plupart des suggestions « ne prennent plus ». Le sujet accomplit l'acte demandé, mais par obéissance volontaire, avec consentement personnel et non par un mouvement automatique. Si Justine reste encore en partie susceptible d'être suggestionnée par nous qui avons naturellement pris sur son esprit un grand empire, elle a, au contraire, une tout autre résistance quand il s'agit des idées inspirées par d'autres personnes. Elle n'est plus exposée à être suggestionnée par n'importe quelle parole, n'importe quel incident. Elle sent une idée fixe qui commence et sait l'arrêter elle-même : bien souvent une page de lecture ou un morceau de piano ont dissipé des obsessions qui, autrefois, auraient amené un mois de délire. Depuis un an, elle n'a eu qu'un seul accident sérieux, et encore il est presque excusable. Un petit chien qu'elle aimait beaucoup a été écrasé sous ses yeux, elle a perdu connaissance et a reproduit une de ses anciennes attaques avec idée fixe et délire ; mais l'attaque n'a pas eu de conséquences et tout était dissipé le lendemain. Cette guérison, même partielle, nous semble s'accorder avec l'opinion qui rattachait la suggestibilité aux troubles de l'aboulie et de la désagrégation cérébrale et mentale.

Il semble donc que l'éducation sévère de l'esprit ait eu une heureuse influence : elle n'aurait pas pu effacer les anciennes idées fixes si tenaces, mais elle a diminué la suggestibilité et a empêché de nouvelles idées de se développer. Le résultat momentané est satisfaisant, mais nous avons eu déjà trop de déceptions pour avoir une trop grande confiance, et il nous reste à apprécier et à réduire à sa juste valeur cette guérison apparente. C'est ce que nous essayerons de faire en jetant un coup d'œil d'ensemble sur l'évolution de cette maladie.

## 5. — *Évolution de la maladie. — Antécédents personnels et héréditaires.*

Pour bien comprendre un fait, il faut essayer de remonter à son origine : quel est le point de départ, la cause d'une maladie comme celle que nous venons d'étudier ? Une partie considérable des symptômes dépendaient au début de l'idée de choléra : d'où venait cette idée ? D'une émotion, comme nous l'avons vu, qu'a éprouvée Justine en allant avac sa mère ensevelir des morts et en voyant deux cadavres de cholériques. Faut-il considérer cette réponse comme une explication ? Toute cette maladie si longue, toute cette transformation de l'esprit dépend-elle de ce simple petit accident ?

Évidemment non, nous avons vu que les idées fixes ne germent dans l'esprit que grâce à un état tout particulier de suggestibilité ; et nous savons que cette suggestibilité n'existe pas constamment chez tous les hommes bien portants. Sans doute la première idée fixe va bouleverser l'esprit et laisser à sa suite une suggestibilité bien plus grande, mais déjà au début il fallait une certaine faiblesse pour que la première idée pût se développer. Il faut donc remonter au delà de cette idée de choléra et chercher l'explication de la suggestibilité même et de la faiblesse de synthèse de cet esprit.

Nous rencontrons une seconde réponse qui contient aussi une partie de la vérité et qui aujourd'hui tend à prendre de plus en plus d'importance. Justine, dira-t-on, a eu la fièvre typhoïde : or les maladies infectieuses, celle-là surtout, ont très fréquemment pour résultat d'altérer profondément le système nerveux et le cerveau en particulier ; elles provoquent des convulsions, des délires et donnent souvent naissance pendant la convalescence à ces états de stupeur qu'on désigne sous le nom de confusions mentales. Ces états ont précisément pour caractères essentiels tous les symptômes de l'aboulie et de la désagrégation de l'esprit portés au plus haut degré. Le mécanisme de ces perturbations cérébrales n'est pas connu, quoique l'on soupçonne une action des poisons, des toxines sécrétées par les microbes et probablement une désorganisation de certaines cellules de l'écorce analogue à celle qui est décrite dans les beaux travaux de M. Marinesco, mais les faits

sont incontestables. N'est-il pas vraisemblable que ces maladies infectieuses puissent dans certains cas laisser à leur suite une stupeur moins complète en apparence, mais de plus longue durée et que ces empoisonnements, ces altérations cellulaires de l'écorce cérébrale soient l'origine de la désagrégation de l'esprit et indirectement des idées fixes. Ces remarques sont probablement très vraies; par une singulière coïncidence, tous les malades analogues à Justine et à Marcelle que nous avons étudiés avaient eu la fièvre typhoïde. Il faut toujours rechercher la fièvre typhoïde et les autres grandes maladies infectieuses dans les antécédents de l'aboulique et de l'obsédé, comme la syphilis dans les antécédents de l'ataxique et du paralytique général. En outre, il est certain, d'après l'observation même de notre malade, que tous les symptômes n'ont pris un grand développement qu'après la fièvre typhoïde et se sont exagérés encore plus tard après une influenza. Le rôle de ces maladies infectieuses est indéniable.

Cependant nous ne croyons pas que ce soit encore une explication complète. D'abord parce que les maladies infectieuses n'ont pas, à notre avis, cet effet chez tous les individus, mais seulement chez quelques-uns qui présentent par leurs antécédents des prédispositions spéciales. En outre, pour le cas qui nous occupe, l'obsession du choléra, la parole automatique, le dédoublement de la personnalité avaient certainement commencé deux ans avant la fièvre typhoïde. La suggestibilité, la disposition aux idées fixes existaient déjà dans la jeunesse de Justine et l'étude de cette première période de sa vie nous prouvera qu'il faut remonter bien plus loin que la fièvre typhoïde de dix-neuf ans, pour trouver s'il est possible l'origine de la maladie.

Justine fut, au début de sa vie, une enfant prodige ; très précoce en tout, elle étonnait par sa sagesse et son intelligence. Jamais de colères ni de pleurs, elle avait un caractère extrêmement doux et aimable, elle était même trop raisonnable, et l'on prétend qu'à cinq ans elle parlait sérieusement comme une petite femme. Nous acceptons assez volontiers ces récits, car nous avons pu voir à l'hôpital de ces enfants prodiges absolument étonnants. Une petite fille surtout nous a frappé : à neuf ans, elle dirigeait une maison, et parlait sérieusement des soucis que lui causait la conduite de son frère aîné. En même temps elle commençait les anorexies et les délires qui présageaient la fin de cette intelligence

trop hâtive. Il en fut de même pour Justine : vers six ou sept ans se place un phénomène très important que, à notre grand regret, nous ne pouvons pas connaître avec assez de précision. L'enfant présenta des phénomènes cérébraux qui rappelaient ceux de la méningite, des malaises d'abord et une pâleur livide de la face, puis de violentes douleurs de tête provoquent des cris aigus, convulsions de temps en temps, déviation des globes oculaires, vomissements, état de stupeur. Mais ce qui est embarrassant, c'est que ces accidents ne duraient que peu de temps, deux jours au plus, et se répétaient à peu près toutes les semaines. Il serait important de savoir si ces phénomènes s'accompagnaient d'une élévation de la température : Justine prétend que le médecin constatait de la fièvre. Ces renseignements sont fort vagues. S'agit-il d'une véritable infection encéphalique, qui aurait préparé l'aliénation, ou bien n'était-ce pas déjà un état de méningisme, de la pseudo-méningite hystérique préparée par des symptômes précédents qui n'ont pas été remarqués ? L'évolution ultérieure de cette malade rend cette dernière hypothèse bien vraisemblable.

Ces accidents se sont répétés très fréquemment pendant plusieurs années, et en même temps on nota un bouleversement total du caractère. L'enfant restait très intelligente et apprenait tout ce que l'on voulait, mais elle était entêtée, émotionnable et extrêmement colère. Cette exagération des émotions montre déjà un certain défaut d'équilibre dans les fonctions cérébrales, un défaut de la puissance d'arrêt et par conséquent de la synthèse mentale dans les opérations psychologiques. Certains sentiments étaient chez elle tellement exagérés, qu'ils semblaient déjà des idées fixes et provoquaient des accidents redoutables ; je n'en citerai que deux exemples. Justine avait horreur des animaux rampants, des vers, des limaçons et avait une passion démesurée pour d'autres animaux, en particulier pour les chats. Pour la guérir de ces terreurs, le médecin de la famille conseilla un remède au moins étrange : sur ses conseils, on profita d'une promenade pour placer dans le cou de l'enfant, alors âgée de neuf ans, une grosse limace rouge. L'effet fut merveilleux : Justine tomba à la renverse sans connaissance et entièrement contracturée. Elle revint à elle fort difficilement et pendant plusieurs mois resta absolument obsédée par le souvenir de la limace ; elle se frottait le cou comme si elle sentait le contact et suivait des yeux les mains des personnes qui l'entouraient pour voir si elles ne cachaient rien. Huit jours après

l'attaque, elle eut une jaunisse fort grave qui semble ici bien en rapport avec l'émotion. Arrêt des fonctions cérébrales, dissociation des phénomènes psychologiques, suggestion puis troubles physiologiques, et idée fixe, ces phénomènes déterminés par l'émotion sont tout à fait analogues à ceux que nous avons vus plus développés chez la malade adulte.

L'autre sentiment, la passion pour les chats, donna lieu à la seconde attaque grave. Justine avait un petit chat qui fut blessé par accident : attaque d'hystérie et à la suite des poussées d'urticaire fort curieuse. Quelque temps après, on se décida malgré ses cris à supprimer le malheureux chat devenu infirme. Ce fut pour Justine l'occasion d'un bouleversement incroyable. Non seulement elle eut des attaques convulsives, et à la suite la jaunisse, mais elle changea entièrement de constitution, devint obèse, au point de pouvoir difficilement remuer. A dix ans et demi, elle pesait 119 livres. Ici se place encore un phénomène peu connu et difficile à bien interpréter d'après des récits aussi lointains. Sur différentes parties du corps, principalement sur les parties saillantes, aux tempes, aux seins, au ventre, aux mollets apparaissaient des petits boutons placés *symétriquement* des deux côtés du corps, puis des plaques de couleur bleuâtre, et la peau se sphacélait ; une petite plaie se creusait à peu près sans douleur et ne se comblait plus tard que très lentement : en un mot, trouble de la nutrition de la peau amenant le sphacèle des régions exposées au frottement. Les règles qui apparurent, sans grande difficulté, vers l'âge de quatorze ans amenèrent une modification : l'obésité et les troubles trophiques disparurent.

Mais déjà à ce moment, sans doute à cause du métier de garde-malade exercé par sa mère, Justine était obsédée par la crainte des maladies et de la mort. Des migraines et même des délires qui semblaient inexplicables étaient provoqués par cette idée fixe que la jeune fille ne voulait pas encore avouer. La vue des deux cholériques donna le dernier coup à cette intelligence déjà fortement ébranlée et précisa la nature de la maladie qui devait s'installer d'une manière définitive.

D'après ce récit bien abrégé, n'est-il pas évident que la maladie mentale remonte à la première enfance, qu'elle ne dépend ni de la fièvre typhoïde, ni de telle ou telle émotion particulière, mais d'une prédisposition générale de ce cerveau ? Pour trouver l'origine de cette prédisposition évidente il faut remonter plus haut que la vie

individuelle de la malade et examiner la famille à laquelle elle appartient.

La difficulté de recueillir des renseignements sur la famille des malades est très grande et il nous a fallu beaucoup d'efforts et de patience pour constituer le tableau ci-joint (fig. 27) qui est bien incomplet. Les renseignements sur les grands-parents sont tout à fait insuffisants et deux individus R et S ont disparu ou du moins ne sont pas connus par les personnes que j'ai interrogées. Malgré ses lacunes ce tableau nous paraît instructif. Le père de Justine, A, était un ouvrier intelligent et laborieux, parvenu à établir une petite maison de commerce et à vivre avec une certaine aisance. Malheureusement il était ivrogne depuis sa jeunesse et à mesure qu'il avançait en âge, ce vice prenait de plus en plus les apparences d'une maladie. Il restait sans boire pendant des semaines et des mois, puis après une émotion, surtout après un chagrin, il partait et se saoulait pendant huit jours complets. Sa mort ne nous intéresse pas, il a succombé à la variole ; mais son ivrognerie est-elle déjà de la dipsomanie, comme nous le verrons si nettement chez ses enfants ? Il serait bien intéressant de savoir exactement ce qu'étaient ses parents et s'ils avaient déjà des troubles mentaux. On ne nous a rien dit de net sur le grand-père C, mais on affirme que la grand'mère D était une femme très peu intelligente et d'une saleté sordide. Jusqu'à présent la maladie mentale chez A et chez ses parents n'existe évidemment qu'en germe. Malheureusement A épouse une femme B qui présente une prédisposition analogue ; elle tient de son père E des colères extrêmement violentes ; celles-ci étaient, paraît-il, absolument identiques chez le père et la fille. B a cependant un peu compliqué les colères paternelles, car il lui arrive de perdre connaissance et de terminer ses rages par des convulsions ; le vice paternel devient nettement maladif chez la fille et la brutalité se complique d'hystérie. Ces tares primitives sont en somme assez médiocres, mais elles ne sont pas restées isolées. L'union de ces deux personnes, l'une alcoolique et presque dipsomane, l'autre coléreuse et hystérique, aggrava énormément la prédisposition et amena la ruine, la mort de la famille.

Examinons en effet les descendants de ces deux personnes. Ils sont, au premier abord, très nombreux, car en un demi-siècle 16 personnes sont sorties de ce premier couple. On pourrait déjà

FAMILLE DE JUSTINE.

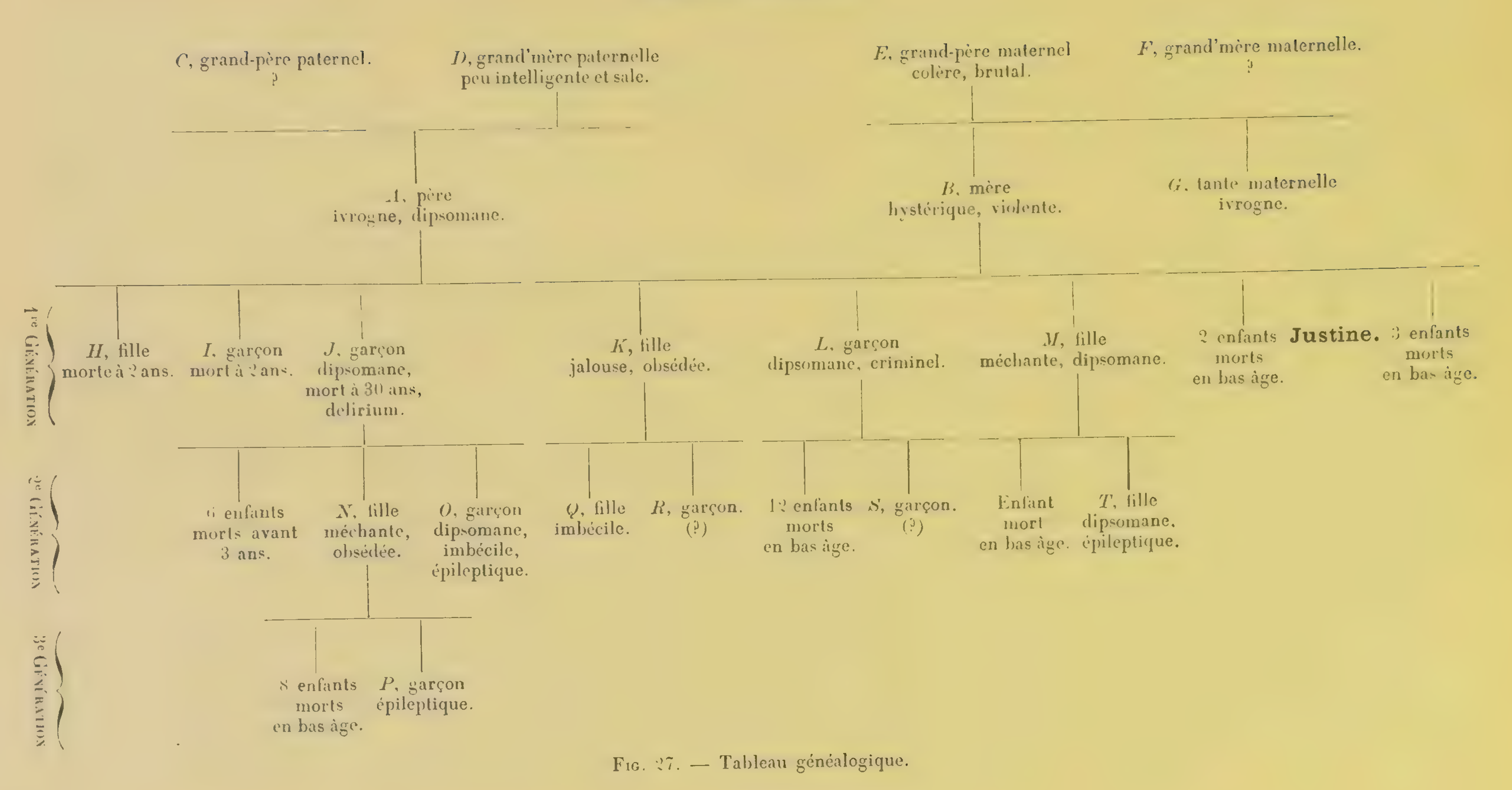



FIG. 27. — Tableau généalogique.

remarquer la grande fécondité des femmes de cette famille qui ont 10 et 12 enfants ; certains auteurs voient déjà dans cette grande fécondité un signe de dégénérescence. Mais la fécondité dépend de trop de circonstances pour que nous insistions sur ce caractère, d'autres faits sont bien plus importants.

Nous sommes étonnés d'abord du grand nombre des enfants de cette famille qui meurent en bas âge, c'est-à-dire avant trois ans. 34 enfants sur 46, c'est-à-dire 74 0/0 (la moyenne étant au-dessous de 20 0/0), n'est-ce pas une proportion énorme, d'autant moins explicable que nous ne voyons dans la famille, ni excès de misère, ni grandes maladies transmissibles, ni tuberculose, ni syphilis ? Comment donc ces enfants meurent-ils ? Il est bien difficile de le savoir et les symptômes ne peuvent être indiqués que d'une façon fort vague. Évidemment, sur ces 34 morts, on doit compter des infections diverses, des diarrhées, des méningites. Mais nous croyons cependant que l'infection ne joue ici qu'un rôle secondaire et nous ne trouvons pas ridicule l'expression vulgaire dont se servait Justine en parlant de ses petits-neveux : « Ils sont à peine vivants, ils restent un an ou deux tout maigres et tout blancs... et puis ils s'éteignent comme des chandelles. » Ce qui nous porte à croire que cette mortalité est due au vice héréditaire, c'est qu'elle n'apparaît pas une fois comme un accident, mais va en augmentant à chaque génération successive. Dans la descendance de A et B (1re génération de notre tableau) nous comptons 7 enfants sur 12 morts dans la première enfance, c'est-à-dire 58 0/0, dans la génération suivante 19 sur 25, c'est-à-dire 76 0/0, dans la dernière génération 8 sur 9, 88 0/0. Vraiment si la quatrième génération vient au monde, ce qui nous paraît douteux, on peut prévoir qu'elle ne vivra pas longtemps.

Considérons maintenant les descendants de A et B qui ont survécu. Dans la première génération, nous voyons que tous les enfants vivants sont atteints, à des degrés plus ou moins forts, de la même maladie que Justine ; ils ont tous l'esprit désagrégé et sont tourmentés par des impulsions et des obsessions. Le contenu seul de l'obsession diffère ; il s'agit, chez K, d'idées fixes de jalousie, de colères aveugles et cruelles, chez J, d'impulsion à boire. Ces dernières impulsions sont maintenant absolument pathologiques : le malheureux perdait conscience dès le début de l'accès, buvait tout ce qu'il rencontrait, couchait sous les ponts et dans les ruisseaux, et se réveillait au bout de huit jours, ahuri et sans souvenirs. Il

faisait « ses neuvaines » quand il buvait, suivant l'expression de ses sœurs ; il est mort de *delirium*. Enfin, L et M réunissent les deux vices fondamentaux de la race devenus les délires des descendants, ils sont dipsomanes et font aussi leurs « neuvaines », mais ils ont en plus des impulsions à la violence et même au meurtre.

Passons à la seconde génération, nous voyons les mêmes caractères de la famille, les obsessions et les violences chez N, la dipsomanie chez O et chez T. Mais nous voyons maintenant apparaître de nouveaux symptômes, voici les épileptiques et les imbéciles, O, Q, T, et à la dernière génération, il ne reste plus qu'un malheureux garçon épileptique qui ne relèvera guère la famille déchue. L'histoire de cette famille est absolument identique à celles qui ont servi à établir la théorie de Morel sur les dégénérescences définitives d'une race. Heureusement, l'évolution est loin d'être toujours aussi fatale. Il semble vraiment que les familles aient des maladies comme les individus, maladies quelquefois passagères et qui frappent seulement une ou deux générations ou maladies graves qui, après quelques générations débiles, amènent la mort de la race. Dans le cas que nous étudions, les deux maladies qui étaient légères dans les deux familles primitives, se sont réunies et ont formé une maladie mortelle.

Cette description sommaire ne nous a pas trop éloigné de notre sujet, car il nous semble que Justine devient bien plus intelligible quand elle est replacée dans son milieu. On ne peut plus songer à rattacher sa maladie à quelque cause accidentelle, émotion ou fièvre typhoïde, quand on voit tous ses parents qui n'ont pas eu les mêmes accidents, présenter les mêmes symptômes. Il est probable que la lésion cérébrale fondamentale est la même chez tous les membres de cette famille ; sous l'influence de l'intoxication alcoolique et de l'hérédité, les fonctions supérieures du cerveau, les fonctions de coordination de synthèse actuelle, diminuent et disparaissent, puis l'épuisement ou la malformation gagnent peu à peu des régions de plus en plus étendues du cerveau. L'état cérébral de Justine est une étape dans ce chemin conduisant aux imbéciles qui terminent la famille, et il n'est pas faux de dire que l'origine d'une semblable maladie, c'est la dégénérescence mentale.

Cette dégénérescence a pris une forme spéciale qui peut se rencontrer dans d'autres circonstances et que nous avons appelée

la désagrégation de l'esprit. Enfin, il s'agit ici d'une variété particulière de désagrégation psychologique. Les phénomènes psychologiques mal synthétisés ont une tendance à se disposer en deux ou plusieurs groupes nettement distincts l'un de l'autre. Nous avons constaté des anesthésies, des amnésies, des actes subconscients, des somnambulismes, etc. Sans doute, la séparation n'est pas toujours absolument aussi nette que dans les cas typiques, mais elle est suffisamment marquée. Cette désagrégation mentale revêt ici la forme de l'hystérie. En un mot, nous avons affaire à une désagrégation mentale d'origine héréditaire à forme hystérique.

Nous pouvons aussi, d'après ces nouveaux renseignements, apprécier mieux les effets de notre traitement. Nous sommes loin de considérer ces maladies héréditaires comme incurables et désespérées. Les maladies de la race peuvent se guérir comme les maladies de l'individu et dans d'autres tableaux généalogiques, nous voyons la famille se rétablir après avoir été gravement atteinte pendant une ou deux générations. Mais nous savons du moins que la maladie dépasse l'individu, qu'elle a une évolution à longue échéance et ne peut guère être transformée par quelques remèdes appliqués momentanément à une seule personne. Il n'est pas vraisemblable qu'une malade comme Justine puisse guérir complètement d'une maladie aussi ancienne et aussi profonde. Après avoir décrit les progrès énormes et incontestables de cette personne, il faut, pour apprécier sainement les procédés employés, constater les lacunes et les lésions qui subsistent.

Le véritable signe de la guérison d'une maladie, c'est le départ du médecin que l'on renvoie avec plaisir ; malheureusement ce signe n'existe pas chez les malades dont nous nous occupons, ils sont toujours incapables de renvoyer leur médecin. Tous les progrès que nous avons décrits dans l'état mental de Justine, ne sont obtenus et maintenus que par l'influence continuelle que nous exerçons sur elle. Cette influence exercée par le médecin sur les malades, nous paraît capitale dans ces perturbations de l'esprit, elle forme un caractère pathognomonique de certaines aliénations. Sans étudier ici ce phénomène d'une façon générale[1], rappelons seulement de quelle manière Justine peut arriver à paraître raisonnable.

1. Voir sur cette question le chapitre « L'influence somnambulique et le besoin de direction. »

Quand Justine vient nous voir, elle est souvent dans un état pitoyable, elle vient d'avoir des attaques plus ou moins graves, elle est obsédée par des idées fixes anciennes qui ont réapparu ou par des idées fixes nouvelles qui viennent de s'installer. Elle a renoncé dans les derniers jours à ses travaux habituels, car elle n'était plus capable de tant d'efforts, elle reste sans rien faire et sans rien comprendre ; la mémoire est disparue, la sensibilité diminuée, le sens visuel altéré de différentes manières. Enfin Justine se sent *isolée,* sans soutien, et se laisse aller au désespoir.

Tous ces troubles dépendent en partie d'un fait très grave sur lequel on ne saurait trop insister, le besoin du somnambulisme. D'une part, le somnambulisme est analogue aux attaques et les remplace, il semble que la seconde existence doive nécessairement se développer sous quelque forme, et comme on lui interdit une manifestation, elle tend à se produire sous une autre. D'autre part, ces sujets si disposés à l'habitude et à l'automatisme ont pris l'habitude et par conséquent le besoin intense d'être endormis. Ce besoin, qu'il ne faut jamais laisser naître sans nécessité médicalement constatée, nous semble tout aussi dangereux que le besoin de la morphine, et il provoque en partie les troubles que nous constatons chez la malade à son arrivée. Mais il y a, croyons-nous, encore un autre besoin qui se manifeste même chez les sujets de ce genre que l'on n'endort pas, c'est le besoin de se confesser, d'être grondés, d'être dirigés. Ce besoin est d'une violence étonnante, il se retrouve au plus haut degré chez tous les hystériques, chez les neurasthéniques, chez les douteurs, les obsédés, etc., chez tous les individus dont la volonté personnelle est très affaiblie. Justine ne veut pas seulement être endormie, elle veut être suggestionnée, pour qu'une autorité extérieure domine et règle tous ses phénomènes psychologiques qu'elle se sent incapable de diriger.

Après la séance employée à toutes les recherches et les opérations qui ont été décrites, quelques malades sont immédiatement rétablies. Il n'en est pas ainsi chez Justine : la lutte contre les idées fixes, les attaques plus ou moins arrêtées dans leur développement qui ont troublé le somnambulisme, les efforts d'attention que, suivant un procédé décrit par nous depuis fort longtemps, nous exigeons des malades pour qu'ils retrouvent d'une manière aussi complète que possible la mémoire et la sensibilité l'ont épuisée et

malgré toutes sortes de précautions elle reste très fatiguée après la séance. Ce malaise se prolonge une demi-journée ou une journée entière ; ensuite, l'état de bien-être commence. Justine n'a plus d'idées fixes, se sent énergique, capable de volonté et d'attention ; elle travaille régulièrement, étudie avec attention et se sent pleine de confiance : « Il me semble que l'on m'a mis un tuteur, je ne suis plus seule. » Ce sentiment d'un « soutien » répond à des faits psychologiques très nets que nous ne pouvons analyser ici et qui feront l'objet d'une étude spéciale dans cet ouvrage. Je remarque seulement qu'une semblable direction, même si elle a pour résultat la santé apparente, est encore un fait singulièrement pathologique.

Sans doute Justine arrive par le travail intellectuel à augmenter sa puissance d'attention, à synthétiser un peu mieux ses phénomènes ; mais ce résultat n'est obtenu qu'au prix d'un effort énorme et continuel. Elle est constamment, si nous pouvons faire une semblable comparaison, dans l'état où nous sommes nous-mêmes quand nous avons à préparer un concours ou à écrire un ouvrage compliqué. Il lui faut pour la vie pratique, pour les perceptions banales, autant d'efforts qu'aux autres hommes pour faire une œuvre originale et difficile. Aussi est-il bien naturel qu'elle se fatigue et se décourage : « Je sais bien que si je cesse de travailler je vais devenir folle, mais c'est si fatigant et je n'en puis plus ! » L'attention faiblit de nouveau, la volonté et la perception diminuent, les phénomènes automatiques envahissent l'esprit, les amnésies et les anesthésies qui, chez cette malade, ne reviennent qu'à la fin, après les obsessions et les délires, réapparaissent ; le besoin de direction, d'encouragement est de nouveau aussi fort et il faut que Justine retourne chez son médecin.

Ce besoin continuel d'une direction morale peut prendre bien des formes différentes, ce sera la passion somnambulique des hystériques, le désir d'une affirmation étrangère chez les douteurs ou simplement le besoin d'une affection, la crainte de la solitude, etc. Son étude est fort intéressante, car il nous permet de pénétrer d'une façon presque expérimentale dans l'analyse des sentiments moraux, mais il n'en forme pas moins une des grandes difficultés de la thérapeutique mentale. Dans certains cas, on peut dire qu'il rend toute thérapeutique de ce genre absolument impossible. Bien des malades que nous avons connus peuvent théoriquement être guéris, mais il faut se dévouer à eux et les remonter continuellement au moins une fois par jour. De telles séances sont fati-

gantes, elles ne sont pas toujours intéressantes et surtout elles sont extrêmement longues. De pareils traitements sont pratiquement impossibles.

Après avoir cherché à prendre la direction de l'esprit du malade, nous en arrivons à un nouveau problème, réduire cette direction au strict nécessaire, c'est-à-dire espacer les séances que l'on consacre au malade. Il est très rare que ce dernier problème soit résolu d'une façon complète et nous ne comptons qu'un petit nombre de malades que nous avons pu abandonner à peu près complètement à eux-mêmes. Chez quelques-uns, et chez Justine en particulier, le problème est partiellement résolu, quand on arrive à espacer un peu les visites du malade.

Au début de mes études, il était nécessaire de voir Justine fréquemment plusieurs fois par semaine, puis une séance par semaine a pendant longtemps été suffisante. Nous sommes parvenu, non sans peine, à n'accorder à la malade qu'une confession par mois, et pendant un an elle supporta bien ce régime. Il fut difficile d'aller plus loin: et après avoir essayé d'écarter les séances de six semaines, nous avons vu réapparaître bien des mauvais symptômes. Dans ces dernières années, l'état de cette malade a continué à s'améliorer. Une modification heureuse accompagna surtout l'arrivée rapide de la ménopause. Depuis longtemps il n'est plus question d'idées fixes, sauf dans des cas tout spéciaux comme on le verra dans le chapitre suivant, il suffit de lutter contre l'aboulie. J'ai pu écarter encore les visites de cette malade mais non les supprimer. Il faut reconnaître cependant, que réglées de cette manière, les visites de Justine ne sont pas trop nombreuses. Que de malades atteints d'affections organiques ou d'infirmités ont besoin d'un chirurgien ou d'un médecin tous les deux mois! Mais il n'en est pas moins vrai que cette personne, en raison de sa faiblesse cérébrale héréditaire, ne se rétablit pas d'une manière complète, elle reste une infirme. Notre excellent maître M. Jules Falret nous a raconté une anecdote que l'on comprenait peu autrefois et qui nous semble s'éclaircir par ces études. Le grand aliéniste de Rouen, Morel, avait entrepris le traitement d'une femme aliénée par les procédés du magnétisme animal et par l'influence morale. Il réussit merveilleusement et put faire sortir la malade de l'asile, mais il la voyait revenir très fréquemment et n'était pas mécontent de ces visites répétées qui lui permettaient de constater le bon effet de ses soins. Morel vint à mourir, et quinze jours

après, la malade, complètement délirante, dut être de nouveau enfermée dans l'asile, cette fois d'une façon définitive. Nous espérons que pareil accident n'arrivera pas trop tôt à nos malades, mais nous voyons facilement que si pour une raison ou une autre elles étaient abandonnées, elles retomberaient très rapidement. Cette limite de l'action thérapeutique, cette impuissance où nous sommes de transformer définitivement la pensée des sujets vient confirmer nos études sur l'origine de la maladie. La lésion héréditaire est trop profonde, elle se forme au travers de plusieurs générations, elle ne peut aussi se réparer que lentement grâce à des générations nouvelles ; dans le cours de la vie individuelle, elle peut être plus ou moins palliée et non guérie.

Il est inutile d'insister sur ces remarques générales qui seraient mal justifiées par l'étude d'une seule malade : nous n'avons voulu faire qu'une observation. Elle nous a permis de confirmer d'anciennes remarques sur les phénomènes hystériques et en particulier sur les phénomènes de l'aboulie. Elle nous a montré quelques détails nouveaux et non sans importance sur les idées fixes et leur traitement. Peut-être n'est-elle pas non plus sans intérêt pour la psychologie : la nature de certaines idées, leur systématisation, leur désagrégation, leur réduction à des phénomènes partiels et incomplets nous semblent s'appliquer à l'interprétation de l'esprit sain aussi bien qu'à celle de l'esprit malade. La pédagogie et la morale ne peuvent pas se désintéresser de ces faits qui nous montrent la puissance du travail intellectuel, le progrès de l'attention, le besoin de sympathie et de direction. C'est en réunissant des observations de ce genre que l'on parviendra à comprendre un peu plus l'esprit malade et l'esprit qui semble bien portant.

---

# CHAPITRE V.

## LES IDÉES FIXES DE FORME HYSTÉRIQUE[1]

1. Caractères des idées fixes. — 2. Disparition apparente de l'idée fixe chez les hystériques. — 3. Idées fixes subconscientes. — 4. Importance de cette forme des idées fixes.

Messieurs, le professeur Raymond m'a chargé de vous exposer aujourd'hui quelques notions psychologiques, qui vous seront utiles pour comprendre quelques-uns au moins des accidents que présentent les hystériques. Je dois vous parler des *idées fixes*, qui jouent dans la pathogénie de ces accidents un rôle considérable, et dont il faut sans cesse se préoccuper quand on veut diriger le traitement de ces malades.

Cette étude des idées fixes dans l'hystérie a commencé, comme vous le savez, avec les travaux de Charcot sur *les accidents traumatiques des hystériques*. Dans ses leçons de 1884-1885, il fit une analyse restée justement célèbre de plusieurs cas de monoplégie brachiale[2]: il montra que, pour les expliquer, il fallait éliminer toutes les lésions grossières des nerfs périphériques, de la moelle, de l'encéphale. Une seule supposition lui semblait rester possible, celle qui avait été indiquée par Brodie en 1837, et surtout par Russel Reynolds[3] en 1869. « Il s'agit probablement, disait Charcot, d'une de ces modifications transitoires des cellules de l'écorce cérébrale qui se manifestent sous la forme d'un trouble psychologique ». Ce sont *des paralysies qui dépendent des idées* « dependent of idea ». Par le mot « idée », bien entendu, aucun de ces

1. Conférence faite à la Salpêtrière, le 3 mai 1895 publiée dans la *Presse médicale*, 1er juin 1895.

2. Charcot, Œuvres, t, III, p. 335, 442.

3. Russel Reynolds, *Remarks on paralysis and other disorders of motion and sensation dependent of idea*, 1869. Un travail sur le même sujet de Erb, 1878.

auteurs n'entendait une idée abstraite, mais un phénomène psychologique concret, comprenant non seulement un souvenir persistant, mais les émotions et les réactions diverses que ces émotions persistantes entraînent avec elles.

Charcot insista sur l'émotion primitive au moment de l'accident, sur la persistance de cet état émotif, sur la reproduction de faits identiques par la suggestion, sur le traitement par l'isolement et les influences morales qui modifient non l'état physique, mais l'état mental pathologique de l'hystérique. Peu à peu, avec beaucoup de réserves, il appliqua la même interprétation à d'autres phénomènes, à des contractures, à des mutismes, à des anorexies. Beaucoup d'auteurs, en France et à l'étranger, et en particulier Mœbius et Strümpell, ont adopté cette conception des accidents hystériques et ont été jusqu'à déclarer que « l'on peut considérer comme *hystériques, toutes les modifications maladives du corps qui sont causées par des représentations, durch Vorstellungen*[1] ».

Il faut reconnaître cependant que, malgré les démonstrations de Charcot, malgré les observations nouvelles, un doute subsistait dans beaucoup d'esprits. Nous voyons des auteurs comme Oppenheim[2] et Jolly[3] en Allemagne, Grasset en France[4], plus récemment Bastian en Angleterre[5], qui cherchent à interpréter autrement les accidents hystériques. D'autre part, Charcot lui-même et ses élèves hésitent à généraliser cette conception relative au rôle des idées dans l'hystérie et emploient bien rarement, à propos de ces malades, le mot précis d'*idées fixes* qui devrait caractériser leurs accidents.

Cette hésitation nous semble facile à expliquer. Depuis longtemps, on connaissait le phénomène des idées fixes, décrit déjà par Esquirol sous le nom de *monomanie*, puis étudié longuement par les aliénistes sous les noms de *délire émotif*, *vertige mental*, *obsessions*, *impulsions*, *phobies*, *syndromes épisodiques des dégé-*

1. Mœbius, Ueber den Begriff der Hysterie. *Centralblatt fur nerven-heilkunde, von D. Erlenmeyer*, t. XI, 1888, n° 3. — A. Strumpell, *Ueber die Ensthehung und die Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen*. Erlangen, novembre 1892.

2. H. Oppenheim, Thatsächliches und hypothetisches über das Wesen der Hysterie. *Nerven-klinick der Charite*, octobre 1889.

3. Jolly, Ueber hysteric bei kindern. *Sonder Abdrück aus der Berliner klinische Wochenschrift*, 1892, n° 34.

4. J. Grasset, *Leçons sur l'hystéro-traumatisme*, Masson, 1889.

5. Bastian, *Hysterical paralysie*, 1893.

*nérés,* etc. Il était facile de remarquer que les hystériques ne présentaient pas souvent des phénomènes absolument semblables à ceux qui avaient été décrits par les aliénistes, et l'on ne trouvait pas chez elles les véritables idées fixes telles qu'on les connaissait. Cette remarque est juste, mais ne doit pas, à notre avis, être exagérée. Il faut chercher si les idées fixes ne se dissimulent pas chez nos malades en prenant une forme un peu particulière, il faut chercher en un mot s'il n'existe pas *des idées fixes de forme hystérique.*

Pour y parvenir, je résumerai brièvement certains caractères des idées fixes les plus connues pour montrer que les hystériques ne présentent pas des phénomènes absolument comparables et pour constater enfin quelle modification l'idée fixe présente chez elles.

### 1. — *Caractères des idées fixes.*

Pour constater les idées fixes sous leur forme la plus simple, je vous rappellerai brièvement l'observation d'une malade qui s'est présentée récemment à la consultation.

Observation I. — M^me^ A..., une femme de trente-trois ans, d'une famille prédisposée aux troubles mentaux (un oncle et une tante du côté paternel sont morts aliénés), a toujours été elle-même arriérée et peu intelligente, quoiqu'elle n'ait pas présenté dans sa jeunesse d'accidents nerveux bien caractérisés. Elle s'est mariée jeune et a quatre enfants. Il y a quatre ans, elle fut obligée de faire appeler un médecin de son quartier, pour soigner un de ses enfants. Je ne sais ce que notre confrère avait de séduisant et d'irrésistible en auscultant l'enfant, mais M^me^ A... fut émotionnée et bouleversée par ce spectacle. Depuis, pendant trois années consécutives, elle n'a pas pu détacher son esprit de la pensée de ce médecin. Elle en était devenue complètement amoureuse, d'une manière bien invraisemblable. Elle passait ses journées en contemplation devant son image, car elle croyait le voir ; au moindre bruit d'un pas dans la rue, elle prétendait l'entendre qui montait chez elle et qui lui parlait ; nuit et jour, elle lui adressait de tendres discours. Enfin, elle commit mille excentricités pour chercher à le revoir. Depuis un an, cette préoccupation s'est modifiée : M^me^ A... s'accuse d'une faute imaginaire qu'elle aurait

commise avec ce médecin et passe ses nuits à se confesser à son mari : une idée fixe de remords a remplacé presque complètement l'idée amoureuse. D'ailleurs, ces idées, même la dernière, diminuent sensiblement depuis quelque temps, surtout depuis que la malade est isolée et séparée de son mari.

Je n'insiste pas sur tous les caractères de cette idée fixe, ce qui n'est pas l'objet de notre étude actuelle. Je vous fais seulement remarquer comment l'idée du Dr X... se présente à la malade. Ce n'est pas chez elle quelque chose de simple et d'abstrait, cette idée est un ensemble d'images visuelles, auditives, tactiles et probablement dans ce cas, génitales. Ces images sont condensées ensemble de manière à former un système, c'est-à-dire qu'elles sont liées de telle manière que la présence de l'une d'elle éveillée par un incident quelconque détermine immédiatement l'apparition de toutes les autres, c'est ce que l'on appelle l'association des images. Cette complexité, cette systématisation, cette association étroite de tous les éléments existe dans toutes nos idées les plus normales et dans toutes nos émotions qui sont des faits du même genre : elles sont toutes des systèmes d'images qui tendent à se développer. Mais chez nous ce développement s'arrête aux premiers termes et ne se prolonge qu'avec notre consentement, sans être d'ailleurs jamais bien complet. Au contraire, chez Mme A., le développement des images contenues dans l'idée de son médecin est toujours si complet qu'il aboutit toujours à des hallucinations variées et à des actes, et cela malgré ses efforts volontaires. Ces deux phénomènes, l'hallucination et l'action, ne sont en réalité, comme vous l'avez vu souvent dans ces leçons, que le résultat du développement complet des éléments d'un système psychologique. Vous comprenez que suivant la nature de ces éléments qui entrent dans le système constitutif d'une idée, images visuelles, ou images de la sensibilité générales ou images kinesthésiques, images liées elles-mêmes à telle ou telle modification physiologique, à des troubles vaso-moteurs ou à des mouvements des membres, l'idée qui résulte de leur ensemble peut prendre des aspects bien différents qui constituent les diverses variétés du délire émotif, de l'obsession ou de l'impulsion. Le mot « idée fixe » au moins dans ces études générales n'a pas pour nous un sens restreint, ce n'est pas uniquement une idée intellectuelle ou même abstraite qui persiste dans l'esprit. Un état émotif comme une terreur est également un système de phénomènes psycholo-

giques et physiologiques associés les uns avec les autres, ce qu'on nomme un état de la personnalité est aussi du même genre. Des états émotifs ainsi entendus peuvent également persister et se développer complètement de la même manière. Sans entrer dans ces études, remarquons seulement que chez notre malade l'idée fixe est bien ici analogue à une suggestion et qu'elle est caractérisée, comme elle, par le développement complet et automatique de tous les éléments d'une idée, en dehors de la volonté de la malade[1].

Ces caractères nous sont bien connus, nous les avons souvent étudiés à propos des suggestions. Mais j'insiste aujourd'hui sur un point, c'est que tout ce développement, tous ces éléments de l'idée semblent avoir toujours été bien connus par la malade, je ne dis pas seulement que M^me A... reconnaissait l'absurdité de son délire, c'est là ce caractère que l'on appelle à tort « conscience de l'idée fixe » et qui est assez variable. Je dis que M^me A... tout en déplorant son état savait très bien qu'elle pensait tout le temps au D^r X..., elle avait *conscience* de son idée dans le sens psychologique du mot, elle se rendait personnellement compte de sa pensée obsédante et interrogée elle aurait pu dire : « Je sais ce qui me tourmente, je sais que je pense à la figure, à la voix du D^r X... ». Aujourd'hui encore elle nous déclare qu'elle s'en souvient parfaitement : la conscience et le souvenir semblent donc complets. Ce caractère de la *conscience* de l'idée fixe, entendu dans ce sens qui, à mon avis, est le vrai sens du mot, est un fait très important. D'abord il caractérise un groupe très considérable de malades, les psychasthéniques qui ont des idées fixes conscientes, au moins en apparence. En outre il nous présente un problème psychologique fort délicat, car nous avons quelque peine à comprendre que les malades aient une conscience aussi complète de leur idée fixe tout en ayant aussi peu de pouvoir sur son développement ou son arrêt. Rappelons-nous donc que la plupart des idées fixes anciennement connues, les monomanies d'Esquirol, sont des idées conscientes, c'est-à-dire connues par le malade.

Cette malade que j'étudie devant vous, ne présentait pas uniquement ce symptôme de l'*idée fixe*, elle avait depuis longtemps un état d'esprit tout particulier qui, à mon avis, a permis le développement de l'idée fixe. Cet état, qui se caractérisait surtout par la suggestibilité, consistait en troubles de la perception, en alté-

1. Pierre Janet, *Accidents mentaux des hystériques*, 1894, p. 30, 56.

rations curieuses de la mémoire se rapprochant beaucoup de l'amnésie continue, cet oubli continuel des choses récentes [1], en une diminution considérable de la volonté et de l'attention. Ces divers symptômes fondamentaux constituent les signes de la faiblesse mentale des *stigmates de psychasthénie*.

Enfin, d'autres symptômes pouvaient être considérés comme *postérieurs à l'idée fixe*, comme la conséquence de cette idée ; ce sont, en premier lieu, des actes, des paroles, des délires et aussi de nouveaux troubles de la sensibilité, de l'attention et de la mémoire, qui se surajoutaient aux premiers.

Si nous faisions une étude complète des idées fixes, il faudrait étudier séparément ces *trois groupes de symptômes*, distinguer soigneusement ce qui est un stigmate primitif, une simple manifestation de la faiblesse cérébrale qui va servir de terrain favorable au développement exagéré d'une idée, ce qui est une idée fixe accidentelle, et ce qui est une conséquence de l'idée fixe. Un même phénomène comme le doute, par exemple, peut, suivant la façon dont il se présente, être simplement un stigmate, constituer une idée fixe ou dépendre d'un trouble d'attention consécutif à l'idée fixe [2]. Ces distinctions ne sont pas, à mon avis, sans importance. Il faudrait aussi étudier le phénomène des idées fixes en lui-même et constater les variétés qu'il représente, suivant que l'idée est complète et se développe jusqu'à l'hallucination, ou qu'elle est incomplète et se réduit le plus souvent à l'obsession verbale, suivant que l'idée est primitive ou qu'elle est secondaire et dérive de la première, comme l'idée de remords dans le cas présent dérivait de l'idée amoureuse, suivant que l'idée est acceptée par le sujet qui croit à la réalité extérieure ou qu'elle est repoussée par le malade qui se rend compte de son trouble mental, etc. Mais nous ne pouvons entrer dans ces questions, que nous avons

1. Voir le chapitre III.

2. J'ai déjà discuté quelques-unes de ces distinctions dans plusieurs articles : Étude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes. *Revue philosophique*, 1891, I, 280 ; Amnésie continue. *Revue générale des sciences*, 1893, p. 176 ; Histoire d'une idée fixe. *Revue philosophique*, février 1894, p. 121. Dans tous ces travaux, j'ai insisté sur ce point que les stigmates, l'anesthésie elle-même, peuvent être la conséquence indirecte de l'existence d'une idée fixe, d'un état émotif persistant ; mais je ne crois pas qu'il en soit toujours et nécessairement ainsi. Dans d'autres cas elle sera un stigmate primitif, simple manifestation de l'épuisement cérébral et du rétrécissement de la conscience.

d'ailleurs souvent étudiées ensemble et qu'il suffit de rappeler. Constatons seulement que, chez cette malade, les trois groupes de symptômes, les stigmates antérieurs, l'idée fixe et les accidents consécutifs, sont *tous les trois parfaitement nets et visibles,* et que les malades de ce genre ont la *conscience et le souvenir de ces trois catégories de faits.*

## 2. — Disparition apparente de l'idée fixe chez les hystériques.

Les hystériques peuvent présenter quelquefois des idées fixes à peu près analogues aux précédentes, des idées fixes qui sont même très complètes, mais le plus souvent il n'en est pas ainsi. Si nous considérons quelques-uns de ces accidents hystériques que nous sommes disposés à expliquer, suivant la théorie de Charcot, par des idées fixes, nous voyons que les phénomènes ne sont plus exactement les mêmes, du moins que les diverses catégories de symptômes ne se présentent plus toutes les trois avec la même netteté.

Voici d'abord un cas d'un accident hystérique assez rare et dont la description seule est intéressante pour la clinique.

Il y a trois ans, Charcot préparait un cours que quelques-uns d'entre vous ont peut-être entendu sur les vertiges au cours de la neurasthénie. Nous avons cherché sur sa demande, sans en trouver d'exemples bien nets, des cas de vertige chez des hystériques, et Charcot avait conclu dans sa leçon que le vertige fréquent dans la neurasthénie est fort rare dans l'hystérie. Aussi me semble-t-il intéressant de signaler le cas suivant.

Observation II. — B... est une femme de vingt et un ans dont l'histoire est trop longue et trop compliquée pour que je vous la raconte tout entière ; elle a déjà présenté la plupart des accidents que les hystériques peuvent avoir, somnambulismes spontanés, contractures, attaques, délires prolongés pendant plusieurs mois avec amnésie consécutive, etc. Je n'insiste que sur un nouveau phénomène assez curieux qui se produit depuis le début du mois de mars. Quand elle marche dans la rue, elle se sent prise tout d'un coup d'un grand vertige, le sol se dérobe sous elle, elle se

sent précipitée en avant et doit se raccrocher aux arbres ou aux murs pour ne pas tomber ; le même vertige la prend aussi et avec violence quand elle est assise. Cet accident se produisait, au début du mois de mars, plusieurs fois par jour ; il n'existe plus guère maintenant qu'une fois par jour.

Ce vertige ne s'accompagne ni de sensation de bruit dans les oreilles, ni de nausées, ni de troubles oculaires, la malade n'a en ce moment ni anesthésie bien nette, ni même de rétrécissement du champ visuel. Il est isolé et en même temps exagéré : il constitue, si j'ose m'exprimer ainsi, un accident absurde qui ne se rattache à rien de précis. Je connais la malade, et je sais combien elle est suggestible, combien elle a eu de tics bizarres, d'idées fixes absurdes, dont quelques-unes formaient des obsessions conscientes ; je suis donc disposé à croire qu'il s'agit encore, dans ce cas, d'un phénomène du même genre. Mais cette malade, si on l'interroge dans ce sens, affirme qu'elle n'a aucune idée obsédante et qu'elle n'a jamais rêvé à un vertige ; elle ne sait même ce que nous voulons dire en parlant d'idées de ce genre à propos de son vertige, et elle est persuadée qu'elle a une maladie purement physique.

Cette même malade présente un autre accident plus banal, ce sont des peurs qui la tourmentent depuis plusieurs années. De temps en temps, sans raison apparente, elle sursaute, frissonne, se sent, dit-elle, envahie par une grande peur, mais ne peut aucunement expliquer ce qui l'effraye ainsi. Elle regarde de tous côtés pour voir ce qui lui a fait peur et ne trouve rien.

J'attire votre attention sur ce dernier fait, il est fréquent chez tous les obsédés, qui ont souvent des peurs sans motifs, des panophobies, des émotions sans cause. Il a donné naissance à la théorie de l'émotion pure sans idée et même sans images, théorie qui me paraît réclamer quelques études nouvelles.

Observation III. — Cette autre malade Co..., âgée de trente-deux ans, se portait bien jusqu'à l'âge de vingt-neuf ans, quoiqu'elle fût très nerveuse et très impressionnable. A ce moment, elle éprouva successivement une série d'émotions violentes ; elle vit son père perdre une partie de sa fortune, elle assista à l'agonie d'une amie intime qui mourut de phtisie, enfin elle vit dans la rue un homme écrasé par une voiture. A la suite de ce dernier incident, elle fut si bouleversée et si tremblante, qu'elle ne put rentrer chez elle ; on

dut la conduire en voiture, mais on fut fort étonné de la voir s'endormir dans la voiture. Il fallut la descendre endormie, et elle ne se réveilla que deux heures après, sans pouvoir expliquer ce qu'elle avait éprouvé. Depuis, à chaque instant, à propos de la plus légère secousse, elle s'endort pendant deux ou trois heures ; une fois, à la suite d'une réprimande de son père, elle dormit trois jours entiers. Pendant le mois de février, qui a précédé son entrée à l'hôpital, elle avait des attaques de sommeil de durée variable, à peu près tous les jours. Pendant ce sommeil elle était fort calme, les yeux à demi fermés, avec quelques tremblements rares des paupières, les membres en résolution et insensibles, elle se réveillait en gémissant et sans aucun souvenir de ce qui avait pu provoquer l'attaque. Si on tient compte des circonstances qui ont déterminé ces sommeils, de la tristesse continuelle de la malade, de son caractère qui a toujours été très susceptible, on est disposé à rattacher ces sommeils à des émotions et à chercher l'idée, le fait psychologique, qui les provoque. Mais, comme je l'ai remarqué, Co... a beau faire effort, elle ne retrouve aucun souvenir de ce qui se passe pendant ces sommeils, elle affirme n'avoir au début aucune idée en tête et même avoir à peu près oublié ses anciennes émotions.

On constate chez cette malade une anesthésie tactile presque complète du côté gauche, un assez fort rétrécissement du champ visuel à 40°, quelques troubles légers du mouvement.

Observation IV. — Cette malade est un peu différente des précédentes, mais je crois cependant qu'elle peut, à certains points de vue, leur être comparée. Wk... est une jeune fille de seize ans qui était atteinte, il y a quelques mois, car la maladie est maintenant terminée, d'une bien désagréable infirmité. Pendant son sommeil elle urinait toutes les nuits dans son lit. Bien des signes sur lesquels je ne puis insister nous montrent que cette incontinence nocturne a des caractères tout spéciaux. Elle n'a commencé qu'à l'âge de douze ans, après l'entrée de Wk... à la pension, ce qui a provoqué une série d'émotions et d'ennuis, elle ne s'accompagne d'aucun des troubles qui pourraient nous faire songer à une lésion organique ; enfin elle n'existe à aucun degré pendant le jour. Je suis tout naturellement conduit à la comparer à ces incontinences décrites autrefois par L.-J. Petit et que mon frère, le Dr Jules Janet, a étudiées dans sa thèse sur les

troubles psychopathiques de la miction[1], à des incontinences psychiques dépendant d'une idée, d'un rêve. Mais nous nous heurtons toujours à la même difficulté. Wk... a été interrogée de cent manières, elle ne peut aucunement expliquer ce qui se passe la nuit quand elle urine ; elle n'a pas le moindre souvenir d'un rêve quelconque.

Cette malade n'a pas de stigmates hystériques bien nets, elle n'a jamais eu d'anesthésie. On constate surtout des troubles de la volonté et des altérations du caractère.

Observation V. — Cette dernière observation me paraît la plus importante de beaucoup et mérite que nous nous y arrêtions un peu. Voici dans quelles circonstances j'ai fait la connaissance de cette malade, que j'ai déjà signalée dans divers travaux sous le nom de Maria[2]. Il y a quatre ans, je travaillais à Saint-Antoine dans le service de mon excellent maître, M. Hanot. Des agents de police ont amené un matin une jeune femme qu'ils avaient ramassée absolument ivre dans le ruisseau. Elle tenait encore à la main un litre renfermant au fond une liqueur nauséabonde que j'ai appris plus tard être un mélange de vulnéraire et d'éther. M. Hanot me fit appeler et me dit en plaisantant que, si je voulais étudier la psychologie d'une femme saoule, j'avais là une belle occasion. Je remerciai M. Hanot du cadeau qu'il me faisait et je me mis en devoir de faire connaissance avec cette nouvelle malade. Malgré tous mes efforts, il me fut impossible d'en tirer un mot, elle dormait tranquillement et profondément. Le lendemain, à ma grande surprise, elle dormait encore. Ce ne fut que le surlendemain que l'on put la tirer un peu de ce sommeil singulier et en obtenir quelques réponses.

Les renseignements que j'ai recueillis sur elle ont été depuis confirmés par quatre années d'observations et par les communications des parents. Maria appartenait à une famille évidemment tarée : un frère était hystérique, une sœur aliénée, le père et le grand-père étaient ivrognes et alcooliques. Malgré les apparences, Maria n'était pas comme eux une ivrogne : elle avait même une telle peur de ce vice qui avait causé la ruine de sa famille, qu'elle buvait uniquement de l'eau. Elle n'avait aucun goût pour l'alcool

1. Jules Janet, *Les troubles psychopathiques de la miction. Thèse*, 1890.
2. *Stigmates mentaux des hystériques*, 1893, p. 77, 94, 138, 140.

et ne se sentait aucunement le désir de fréquenter les cabarets et de s'enivrer en compagnie. Mais, de temps en temps, surtout au moment de ses époques, elle se sentait mal à l'aise, éprouvait une angoisse toute particulière et partait seule de la maison ; elle entrait dans tous les cabarets, buvait de l'alcool, du vulnéraire, de l'absinthe. Dans les pharmacies elle demandait de l'éther « plein sa bouteille », elle vidait la bouteille devant le pharmacien, puis demandait qu'on la remplît de nouveau, ce que cet honorable commerçant ne refusait jamais. Après quelques journées de ce genre, Maria tombait ivre-morte dans quelque ruisseau et se réveillait à la préfecture de police ou à l'hôpital, honteuse et désespérée de sa nouvelle mésaventure. En un mot, cette malade était une *dipsomane* tourmentée périodiquement par l'impulsion à boire de l'alcool et de l'éther.

Mais nous allons être bien embarrassés, si nous interrogeons la malade comme je l'ai fait à Saint-Antoine après son réveil, et si nous lui demandons de décrire cette impulsion qui l'entraîne. Elle raconte bien qu'elle s'est sentie malade et angoissée au milieu de son travail, mais elle déclare qu'à ce moment elle ne pensait pas à boire. Elle ne sait aucunement ce qui s'est passé ensuite, et elle ne connaît que par les récits des autres ses stations dans les cabarets. Des agents de police vinrent à l'hôpital pour l'interroger sur quelques détails de sa dernière équipée ; malgré son inquiétude et ses efforts, elle ne put retrouver aucun souvenir. L'*amnésie* était absolument complète et s'étendait également *sur tout l'accès de dipsomanie*, depuis l'angoisse du début jusqu'au moment du réveil.

Cette malade fort intéressante présentait beaucoup d'autres accidents. Je rappellerai seulement un phénomène curieux qu'elle appelait ses *fixités* et qui semblait analogue à une *attaque extatique*. Très souvent, au milieu de l'état le plus normal, elle s'arrêtait en fixant un objet, puis restait absolument immobile, les yeux grands ouverts. On ne pouvait la sortir de cette extase, et on la transportait sur son lit, sans qu'elle s'en doutât et sans qu'elle modifiât la direction de ses yeux [1]. Elle se réveillait au bout d'un temps plus ou moins long, en poussant quelques soupirs, mais sans le moindre souvenir de ce qui s'était passé. En un mot, cette femme avait évidemment des impulsions et même des idées fixes,

1. *Accidents mentaux des hystériques*, 1894, p. 163.

mais ne pouvait les décrire, car elle n'en avait ni la conscience ni le souvenir.

Au contraire, nous pouvons constater facilement tous les stigmates les plus complets de l'hystérie, anesthésie tactile et musculaire souvent limitée au côté droit, quelquefois généralisée, rétrécissement du champ visuel à 20°, dyschromatopsie, syndrome de Lesègue, etc.

Si nous résumons les observations précédentes, nous voyons que, chez ces quatre malades, nous ne retrouvons pas tous les groupes de symptômes que nous présentaient d'ordinaire les malades obsédés par des idées fixes. *Des trois groupes de symptômes* que nous avons constatés, les stigmates préalables, les idées fixes conscientes pour le sujet et conservées dans le souvenir, les accidents consécutifs à l'idée fixe, *nous n'en pouvons observer que deux*, le premier et le troisième. Les stigmates qui caractérisent la suggestibilité et la faiblesse mentales sont, chez toutes ces malades, extrêmement importants, vous savez même que chez ces malades hystériques les troubles de la sensibilité, de la mémoire, de la volonté, sont devenus beaucoup plus nets et beaucoup plus caractéristiques.

Les accidents consécutifs sont aussi très évidents ; ce sont des vertiges, des peurs, des sommeils, des mictions involontaires, des excès de boisson, des ivresses, des extases, de nouveaux troubles de la sensibilité et de la mémoire, etc. Mais le phénomène intermédiaire, cause supposée des accidents, l'idée obsédante et impulsive, le rêve émotif, où est-il ? Les malades ne cachent rien, et nous n'avons pas de raison pour mettre en doute leur sincérité. Elles affirment qu'elles ne pensent à rien de semblable et qu'elles ne se souviennent pas d'avoir eu en tête des idées de ce genre.

On comprend donc que beaucoup d'auteurs aient hésité à expliquer avec Charcot les accidents des hystériques par des idées fixes, car il est incontestable que, bien souvent, ces idées ne se manifestent pas chez elles d'une façon claire comme chez les autres aliénées.

### 3. — Idées fixes subconscientes.

Faut-il conclure de ces remarques que les idées fixes n'existent pas chez ces malades et qu'elles ne jouent aucun rôle dans leurs accidents ?

Nous savons aujourd'hui que notre conscience ne saisit pas tous les phénomènes psychologiques qui se passent en nous, et qu'il y a dans notre esprit bien des faits que nous ignorons. Cette remarque est encore bien plus vraie quand il s'agit des hystériques. Vous savez qu'il existe dans leur esprit des sensations qu'elles ignorent, et je vous ai présenté dernièrement une femme hémiopique qui avait cependant des *sensations subconscientes* dans la moitié en apparence insensible de sa rétine[1]. Vous savez que ces malades ont également des *souvenirs sans s'en rendre compte;* l'amnésie qui suit le somnambulisme et qui disparaît dans le somnambulisme suivant, en est bien la preuve. Eh bien, les hystériques ont aussi quelquefois des idées, des états émotifs, dont elles n'ont pas conscience et de véritables *idées fixes qui restent subconscientes.*

Pour constater leur existence, il faut rechercher chez les mêmes malades les diverses manifestations des phénomènes subconscients dans les *rêves,* les *attaques,* les *somnambulismes,* les *écritures automatiques,* etc. Toutes ces études nous montreraient des phénomènes intéressants ; nous insisterons surtout sur les *somnambulismes* qu'il est plus facile de vous présenter ici rapidement.

Observation II (suite). — B., dont nous avons déjà constaté les vertiges et les peurs, présente un état somnambulique très facile à provoquer, c'est une reproduction de ses somnambulismes naturels autrefois si importants. Dans cet état elle se souvient des attaques, des somnambulismes précédents, des délires et en particulier de certaines rêveries qu'elle fait à tout moment de la journée, dans un état de demi-sommeil, et dont elle semble pendant la veille avoir perdu le souvenir. Dans cet état, elle nous raconte très bien ce qui l'obsède depuis le mois de mars.

A cette époque, elle fit une visite à des parents qui habitaient Neuilly ; ceux-ci lui reprochèrent vivement sa conduite et voulurent la forcer à se réconcilier avec sa mère. En revenant, elle rêvait aux reproches qu'on venait de lui faire, à sa mauvaise conduite, et prenait dans son rêve une résolution qui simplifie toujours beaucoup les choses, celle de se jeter à la Seine. Cette rêverie a d'abord été consciente, bientôt elle s'est répétée et

1. Pierre Janet, Un cas d'hémianopsie hystérique. *Archives de neurologie*, mai 1895, p. 337, et chapitre VIII de cet ouvrage.

développée dans ces états d'engourdissement du cerveau et de la pensée, de demi-sommeils qui surviennent si fréquemment chez les hystériques. B. ne se rendait plus compte de la pensée qui envahissait son esprit et laissait cette pensée suivre son cours comme un rêve pendant le sommeil. Le rêve arrivait en effet à sa conclusion, la malade croyait enjamber le parapet de la rivière et sauter dans l'eau. Mais cette chute imaginaire déterminait un soubresaut qui la réveillait. Elle se sentait alors tomber en avant sans savoir pourquoi, et éprouvait cette impression de vertige dont elle est venue se plaindre. Depuis, ce rêve s'est répété plusieurs fois par jour, avec la régularité d'une obsession déterminant chaque fois le vertige consécutif.

Dites, si vous voulez, que ce n'est pas là une idée fixe tout à fait semblable aux obsessions conscientes décrites par les aliénistes. Sans aucun doute, la lutte contre l'idée fixe, le sentiment de l'irrésistibilité, l'angoisse, tout ce qui dépend de la conscience même de cette idée a disparu. Mais ne retrouverez-vous pas ici un système d'images qui se développe complètement sans la volonté du malade, système qui est persistant depuis plusieurs mois, dont le développement recommence régulièrement plusieurs fois par jour, c'est-à-dire ne retrouvez-vous pas les caractères essentiels fondamentaux de l'idée fixe. Il me semble que c'est là une obsession d'un genre particulier, qui ne diffère des autres que par les circonstances, le demi-sommeil pendant lequel elle se développe et l'amnésie consécutive. Quant à ce vertige, cette chute en avant, qui n'existaient aucunement avant l'apparition de cette pensée obsédante, qui ne sont manifestés que quelques jours après, au moment du développement complet de l'idée, qui surviennent si régulièrement à la fin de ce développement, n'est-il pas juste de les considérer comme les conséquences de cette idée fixe subconsciente.

Dans le même état somnambulique, la malade nous raconte aussi que ses peurs ne sont pas sans motifs : « A ce moment, dit-elle, elle voit des serpents autour d'elle. » C'est là le souvenir d'un incident de son enfance ; elle avait été effrayée par une couleuvre et, comme cela arrive fréquemment, elle voyait de nouveau sa couleuvre pendant les attaques d'hystérie. Les attaques ont disparu, mais l'hallucination du serpent se reproduit encore de temps en temps ; seulement elle se reproduit d'une façon subconsciente, l'émotion seule, la peur étant clairement perçue par le sujet.

Ici encore vous constatez une hallucination, un tableau, un

système d'images qui se développe. Sans doute c'est le souvenir d'un état antérieur qui réapparaît: mais il en est ainsi de toute idée fixe et Mme A., quand elle a l'hallucination du Dr X. auscultant son enfant, présente aussi la reproduction d'un état antérieur. Quand un état antérieur de la personnalité persiste, se reproduit assez complètement pour donner lieu à l'hallucination, au lieu de se borner à l'aspect d'un simple souvenir, nous disons que ce développement excessif et involontaire appartient à l'idée fixe. Seulement chez B., ce souvenir, ce tableau, cette hallucination ne laissent pas de traces dans la conscience et la mémoire personnelles, ils restent subconscients.

Remarquez à ce propos que ses terreurs, ses émotions n'étaient pas aussi *pures*, aussi dénuées de substratum intellectuel que l'on voulait bien le dire. Il y aurait plus souvent qu'on ne le pense des remarques de ce genre à faire sur les délires émotifs.

Observation III (suite). — On peut, en hypnotisant Co., reproduire artificiellement ses sommeils spontanés, et pour comprendre la nature et la production de ces sommeils, il suffit de lui faire une suggestion bien simple, celle de rêver tout haut. J'ai eu quelque peine à l'habituer à rêver tout haut; maintenant, elle exprime assez bien son rêve, au moins en partie. « Ma pauvre amie, dit-elle, il faut que je porte des fleurs sur sa tombe... des fleurs blanches... on en fera des bouquets pour moi... il faut pour moi une petite boîte de bois blanc toute petite, on la mettra sur deux chaises, la voici, on l'apporte..., etc. » Vous voyez la nature lugubre de ce rêve, qui se reproduit, comme je l'ai vérifié depuis deux mois, à peu près toujours le même pendant toutes les attaques de sommeil. Que la première perte de connaissance ait été déterminée par l'émotion, c'est vraisemblable; mais cette première émotion n'est pas survenue subitement sans raison, elle dépendait évidemment, et l'observation le montre, de certaines perceptions, de certaines pensées. Si, maintenant, ces attaques se reproduisent régulièrement c'est que l'émotion se reproduit. Ces nouvelles émotions elles-mêmes n'existent pas sans raison; il faut pour les faire renaître que l'état primitif psycho-physiologique se reproduise. Dire que l'émotion recommence précisement la même, c'est dire qu'un ensemble de pensées, d'états psychologiques se reproduisent et se développent régulièrement, c'est d'ailleurs ce qui se manifeste très bien dans ces rêveries qu'elle exprime tout

haut. Supposez que cette malade garde le souvenir de ces paroles et vous n'hésiterez pas à dire que c'est une obsédée qui s'absorbe dans son idée fixe. Ici encore il ne manque à l'idée fixe qu'un caractère, c'est la conscience personnelle.

Observation V (suite). — Vous vous souvenez que nous n'avons pu retrouver chez Maria le souvenir de ses impulsions dipsomaniaques, ni les rêves qui remplissaient ses extases. Pour comprendre ces crises singulières, il faut d'abord remonter à leur début. Maria, fille et petite-fille d'alcooliques, était dès son enfance très nerveuse ; à quinze ans, à la suite d'une colère violente de son père, elle eut sa première attaque convulsive. C'était une *attaque d'hystérie* indiscutable, qui se reproduisit ensuite très fréquemment. Pendant quatre ans au moins, ces attaques conservèrent leur caractère purement hystérique : aura, sensation de boule, convulsions, cris, arc de cercle et sommeil assez prolongé après l'attaque, tout était fort simple et régulier. Quand la malade eut l'âge de dix-neuf ans, on s'aperçut d'un détail singulier de ses attaques ; elle interrompait ses convulsions pour jouer avec un verre qu'elle cachait sous son lit; au réveil, elle n'avait aucun souvenir de ce petit fait et restait bien surprise quand on lui montrait le verre. Cependant, dans l'attaque suivante, elle recommençait et entrait en fureur quand on voulait lui retirer son verre. Un peu plus tard, à la même période de l'attaque, on la vit jouer avec une bouteille de cassis qu'elle avait prise et se mettre à boire. Puis, cette *période de l'attaque pendant laquelle la malade buvait* se développa au détriment des périodes convulsives, et à l'âge de vingt-quatre ans, l'attaque dipsomaniaque se présentait de la manière suivante : Maria, fatiguée et angoissée, avait encore nettement la sensation de la boule, puis survenaient quelques secousses dans les membres et quelquefois même (je les ai vues une fois) quelques convulsions. Mais la malade se relevait aussitôt, la figure sombre, les yeux fixes, et cherchait à sortir ; si elle le pouvait, elle allait dans tous les cabarets et buvait tout ce qu'elle trouvait, surtout de l'éther, pendant plusieurs jours. Enfin, elle tombait endormie d'un sommeil que j'avais pris au début pour le sommeil de l'ivresse, et qui était surtout un sommeil hystérique analogue à celui qui suivait ses premières crises. Une fois, ce sommeil s'est prolongé huit jours. Enfin, elle se réveillait avec l'oubli absolu de tout ce qui avait suivi l'aura. Voilà bien une *dipsomanie hysté-*

*rique*, au moins par son évolution. Ne peut-on pas dire qu'il s'agit d'une idée fixe, développée par une suggestion due au spectacle des ivresses paternelles, pendant un somnambulisme hystérique ?

Nous le comprendrons encore mieux si nous interrogeons la malade dans un de ces états si faciles à reproduire chez elle. Pendant le somnambulisme, elle retrouve, comme la plupart des hystériques, tous les souvenirs de son attaque. Elle se souvient des rues où elle a passé, de la façon dont elle a perdu son argent en le jetant place de la Bastille, des cabarets où elle a bu de l'absinthe, des pharmaciens qui lui ont donné de l'éther, etc., elle se souvient surtout des idées qui l'obsédaient, elle décrit son besoin impérieux de boire, la pensée que « boire était bon pour elle, qu'elle mourrait si elle ne buvait pas, etc. ». Elle se souvient même que, dans ses premières crises, elle pensait constamment à son père, le marchand de vins ivrogne, et qu'elle cherchait à l'imiter. Voici l'idée fixe qui s'exprime et qui s'explique complètement tandis qu'elle restait précédemment tout à fait subconsciente. N'oubliez pas que dans ce cas il s'agit de *dipsomanie*, c'est-à-dire d'un phénomène connu et rangé par tous les auteurs dans le groupe des impulsions. Elle se développe ici dans un état second, un sommeil ou mieux un somnambulisme qui ne laisse au sujet aucune conscience de l'impulsion et qui supprime la résistance et l'angoisse.

Pendant que Maria est endormie, interrogeons-la aussi, car cela est curieux, sur les pensées qu'elle avait pendant les *crises d'extase* que je vous ai décrites. Elle s'interrogeait elle-même, nous dit-elle avec précision, sur l'objet qu'elle avait fixé et surtout sur sa fabrication. « Qu'est-ce donc qu'un ressort à boudin ? Comment est-ce fait ? Ils sont bien malins les ouvriers qui font ces ressorts, etc. » Ou bien elle s'interrogeait sur un objet naturel. « Comment donc les arbres font-ils pour pousser ? Comment font-ils pour être si verts ? » Vous reconnaissez bien ces formules, elles sont classiques. C'est bien là le délire du doute, ou mieux le *délire de l'interrogation*, le *grübel-sucht*. Mais il se présente ici d'une manière toute particulière, il est subconscient : la malade éveillée n'en a aucunement le souvenir et elle ne le retrouve qu'en somnambulisme. Il est facile de vérifier en assistant au phénomène, que l'interrogation commence pendant la veille au moment où la malade fixe un objet qui la frappe et qu'au début elle est consciente. Ce n'est que peu à peu que la malade s'absorbe dans une

sorte d'extase déterminée à la fois par la fatigue et par le rétrécissement de la conscience sur un seul point et qu'elle perd tout à fait la conscience et la mémoire personnelles de son obsession. Sans insister davantage dans cette revue rapide, voici donc une malade qui présente de la *dipsomanie et du délire du doute d'une façon subconsciente et sous une forme nettement hystérique.*

Observation IV (suite). — Je n'ajoute que peu de mots à l'observation de l'incontinence nocturne, et je vous la présente seulement pour vous montrer de quelle façon curieuse se manifestent chez elle le souvenir des rêves. Je vous ai dit que par aucun procédé je n'avais pu retrouver la mémoire des rêves qui déterminent l'incontinence. En somnambulisme même, au moins au début de mes recherches, cette malade ne s'en souvenait que d'une manière incomplète. Mais j'ai remarqué que la malade pouvait présenter de l'écriture automatique à la façon des médiums spirites. Cette écriture, dont elle ne se rend pas compte, nous a fourni le récit des rêves et de la miction nocturne. Fait singulier, elle ne rêve pas à uriner, elle ne rentre pas tout à fait dans la catégorie des malades décrites par Jules Janet; elle a simplement des cauchemars, des rêves émotionnels. Elle rêve, par exemple, que son petit chien se fait écraser par un train qui passe, que des cheminées lui tombent sur la tête, et au moment de la plus forte émotion, elle urine. Ce n'est donc pas tout à fait une malade ayant subconsciemment une seule et unique idée fixe bien nette. Cet exemple nous montre seulement comment un accident physique comme l'incontinence peut être le résultat de rêves absolument oubliés au réveil, de phénomènes uniquement subconscients.

Tous ces accidents que je vous avais présentés étaient donc bien déterminés par des idées, malgré l'assurance des malades à nier toute idée obsédante. Seulement ces pensées, qui dans certains cas avaient été conscientes au début, avaient peu à peu cessé d'être connues par le sujet. Elles ne se manifestaient plus que dans des rêves ou dans des états somnambuliques et restaient au-dessous du seuil de la conscience, comme sont les sensationsdans l'anesthésie hystérique.

## 4. — *Importance de cette forme des idées fixes.*

Messieurs, cette forme particulière que prennent, dans certains

cas, les idées fixes, ne me semble pas une simple curiosité clinique. Cette étude est importante à bien des points de vue.

1° Cette étude peut être utile pour préciser la classification des maladies mentales. Au lieu de réunir en un seul groupe ces idées fixes, ces monomanies qui forment ainsi un amas un peu trop confus de symptômes divers, on peut mettre à part, comme un groupe assez bien délimité, les idées fixes de forme hystérique, précisément parce qu'elles ne sont pas tout à fait identiques aux autres.

Il me paraît juste de les opposer aux idées fixes de forme psychasthénique qui présentent au premier abord l'apparence contraire et qui semblent bien connues par le sujet, bien conscientes. Sans doute, il restera d'autres subdivisions à établir, mais celle-ci met en relief un caractère psychologique important.

2° Cette étude me semble intéressante pour la théorie, pour l'interprétation des idées fixes. Cette dissociation de l'esprit, que l'on constate dans l'hystérie, cet isolement de l'idée fixe en dehors du contrôle des autres phénomènes psychologiques, sont des caractères importants qui permettent de mieux comprendre son développement et son pouvoir. Je ne serais pas surpris si, pour comprendre les idées fixes en général, on était obligé de commencer par l'étude des idées fixes subconscientes. D'ailleurs sans entrer incidemment dans l'étude des idées fixes psychasthéniques que nous aborderons dans d'autres leçons, je puis vous faire remarquer qu'elles se rapprochent au fond de celles-ci. Les psychasthéniques ne connaissent en général qu'une partie de leur idée fixe. Quand on peut, ce qui est malheureusement difficile, les transformer un peu et déterminer chez eux des états analogues au sommeil hypnotique, on constate qu'ils expriment leurs idées fixes d'une tout autre manière, en général bien plus intelligible, qu'ils en expliquent l'origine mieux qu'ils ne pouvaient le faire précédemment, en un mot qu'ils en montrent une conscience beaucoup plus complète. Il y a donc de la subconscience même dans les idées fixes de forme psychasthénique : une partie seulement de l'idée semble avoir pénétré dans la perception personnelle et elle prend ses racines dans un système beaucoup plus riche et plus fort, développé à part du système principal d'images qui forme la personnalité.

Pour étudier et pour comprendre cette forme évidemment plus compliquée du phénomène, pour comprendre les raisons de ces

développements indépendants, la faiblesse de la pensée et de la synthèse mentale qui les permet, il faudra commencer par bien comprendre la forme simple de l'idée fixe qui est, à mon avis, la forme hystérique.

3° Enfin, la considération de cette forme des idées fixes n'est pas indifférente au point de vue thérapeutique. Vous avez remarqué que la plupart des malades que je vous ai présentées sont des malades guéries dont les idées fixes ne sont plus qu'un souvenir.

Les vertiges de B... existent encore parce que j'ai voulu vous présenter cette malade sans avoir modifié ses symptômes ; d'après les observations que j'ai déjà faites de ses accidents, je sais qu'ils disparaîtront quand je modifierai les rêves qui les déterminent[1]. Co..., après six semaines de traitement, n'a plus de sommeils spontanés ; ses rêves ne se reproduisent plus que si je les rappelle dans le somnambulisme artificiel que vous avez vu, c'est-à-dire qu'ils ont disparu en tant qu'accident hystérique. Wk... qui, pendant quatre ans, a uriné au lit toutes les nuits, n'est pas entièrement guérie, mais elle n'a plus son incontinence nocturne que d'une manière très irrégulière, à peine une fois par mois. Enfin, permettez-moi de vous dire quelques mots de la guérison de Maria. Cette femme, qui a eu de si terribles attaques de dipsomanie, tous les mois pendant plus de dix ans, a vu d'abord ses attaques diminuer en durée et en nombre et, depuis deux ans complets, elle n'a plus eu une seule rechute. Au lieu de traîner une vie misérable dans les hôpitaux et dans les prisons, elle a pu prendre un métier et gagner honorablement sa vie; elle a retrouvé l'intelligence et les sentiments qu'elle avait entièrement perdus. Il est intéressant de remarquer que les anesthésies hystériques ont disparu sous la seule influence du traitement de l'idée fixe, de la dipsomanie. La psychologie, comme vous le voyez, peut être bonne à quelque chose. Si ces guérisons ont été obtenues, c'est qu'il a été possible d'agir sur ces idées fixes, de les dissocier. Autant ces accidents sont rebelles à toute thérapeutique quand on les comprend mal, quand on ne remonte pas à leur origine, autant ils sont faciles à faire disparaître, quand on a bien saisi leur mécanisme.

Aussi cette étude des idées fixes de forme hystérique s'est-elle assez rapidement développée.

1. Ces vertiges ont complètement disparu après deux séances de somnambulisme dans lesquelles j'ai simplement cherché à effacer le rêve de suicide.

J'ai présenté, il y a quelques années, la description d'une malade de ce genre en 1886, je suis revenu avec plus de précision sur la description du type en 1889 et 1891, et dans un grand nombre de travaux plus récents. J'ai été très heureux de voir un élève de M. Pitres, le Dr Laurent (de Bordeaux), dans une thèse intéressante sur les états seconds, 1893, confirmer mon interprétation et donner d'autres observations curieuses de faits du même genre. M. Pitres lui-même, dans un article du *Progrès médical* en 1893, montrait les accidents que pouvaient produire des rêves dont le sujet n'avait aucun souvenir et dont il ne retrouvait la notion que pendant l'hypnose.

En Allemagne, les travaux de M. Pick, de M. Breuer, de M. Freud, ont apporté de nouvelles observations, dont quelques-unes sont fort nettes, des mêmes faits.

Vous connaissez le travail de mon ami M. Souques[1] sur le rôle des idées fixes dans la pathogénie de la polyurie hystérique et celui de M. Lévy sur la maladie de Raynaud et l'érythromélalgie chez les hystériques[2] : ce travail nous montre très bien comment des rêves subconscients par l'état émotif qu'ils entretiennent peuvent déterminer des troubles vaso-moteurs.

Il nous semble que ces études peuvent être présentées comme la continuation des travaux de Charcot sur les maladies par idée, par imagination, et qu'elles ont contribué à expliquer et à défendre l'interprétation si juste qu'il avait présentée de certains accidents hystériques.

1. A. Souques, Contribution à l'étude du rôle des idées fixes dans la pathogénie de la polyurie hystérique. *Archives de neurologie*, 1894, II, p. 448.

2. L. Lévy, D'une forme hystérique de la maladie de Raynaud et de l'érythromélalgie. *Archives de neurologie*, 1895, I, p. 102, 166.

# CHAPITRE VI.

## UN CAS D'ALLOCHIRIE

1. Description générale. — 2. Allochirie simple. — 3. Allochirie complète. — 4. Tentatives d'interprétation de l'allochirie simple. — 5. Le problème de l'allochirie complète.

Cette observation de troubles dans la localisation des sensations, toujours rapportées au côté opposé du corps, a été présentée à la Société de psychologie physiologique dans la séance du 31 mars 1890 et publiée dans la *Revue philosophique* de juin 1890, I, p. 659; elle a été également signalée dans mon étude sur les stigmates des hystériques, 1893, p. 67. J'ai eu l'occasion de revoir récemment la malade qui a fait l'objet de cette communication, et j'ai pu constater que malgré l'intervalle de 7 années les phénomènes ne s'étaient guère modifiés ; cette durée de l'illusion localisatrice ajoute encore à l'intérêt de l'observation. C'est pourquoi, sans pouvoir faire mieux qu'autrefois une étude de l'allochirie, j'ai cru utile de publier de nouveau ici un résumé de cette observation au moins à titre de document. Je profite seulement de l'occasion pour ajouter quelques détails que j'avais négligé de signaler et pour compléter sur certains points ma première description.

### 1. — *Description générale et méthode de restauration des sensibilités.*

Il s'agit d'une jeune femme, M., âgée maintenant de 30 ans, que j'ai déjà signalée dans divers travaux à propos des curieuses modifications de la sensibilité, de la mémoire et des fonctions viscérales qu'elle présente.

Dès les premiers examens que j'ai eu à faire de cette malade

j'ai été frappé d'une attitude singulière, surtout manifeste, quand je cherchais à examiner l'état de ses mouvements. Je lui demandais, en effet, pour chercher les troubles de la mobilité, de lever les bras, de les baisser, de remuer les jambes, etc. Tant que je lui parlais d'une manière indéterminée: « Levez le bras..., remuez une jambe », tout se faisait correctement au moins quand elle avait les yeux ouverts, car M. présente au plus haut degré le syndrome de Lasègue [1], mais quand je lui fis un commandement plus précis : « Remuez la main gauche..., levez le bras droit », je constatai un manège singulier. Au lieu de m'obéir tout de suite, M. baissa les yeux et se mit à regarder ses mains avec une sorte de préoccupation, puis fit le mouvement demandé. « Pourquoi, lui dis-je, regardez-vous ainsi vos mains? — C'est, répondit-elle, par ce qu'on se moque de moi quand je me trompe,.. je cherche la main qui a une bague pour savoir que c'est la main droite et faire ce que vous me demandez. » En un mot elle ne semblait pas savoir distinguer son côté droit de son côté gauche; en l'interrogeant sur ce point j'appris que depuis plusieurs années elle commet à ce propos de singulières bévues qui ont été remarquées par beaucoup de personnes. Il paraît même qu'elle se désolait autrefois et se mettait à pleurer quand on lui indiquait un chemin par ces mots: « Tournez à droite, ouvrez la porte à gauche », car elle n'en comprenait plus le sens et se perdait complètement. Aujourd'hui elle est un peu plus adroite et se tire d'affaire au moyen de quelques procédés dont nous avons vu un exemple. Elle suit en cela la pratique habituelle des hystériques qui savent masquer leurs diverses anesthésies et les corriger par d'autres sensations ou d'autres images.

Ce premier point m'a semblé intéressant, car dans la plupart des cas d'allochirie ou de confusion des deux côtés du corps on n'a guère signalé qu'une confusion expérimentale qui se produit au moment où l'on touche le sujet sur certaines régions et où on l'interroge sur la localisation de ce contact, mais il est rare que l'allochirie se manifeste spontanément et gène le sujet dans la vie pratique.

Pour étudier avec quelque précision cette singulière confusion des deux côtés du corps que la remarque précédente nous fait

1. Pour la description du syndrome de Lasègue, voir : *Stigmates mentaux des hystériques*, 1892, p. 174.

soupçonner, il faut connaître d'abord d'une façon sommaire la maladie de cette personne et les méthodes que j'ai essayé d'appliquer pour analyser le trouble de la sensation et du mouvement.

Parmi les antécédents héréditaires de M. il faut remarquer ce fait curieux: du côté paternel, la grand'mère, le père, un oncle et deux tantes ont présenté à plusieurs reprises et d'une manière grave des vomissements incoercibles ; il semble que dans certaines familles la prédisposition au vomissement soit héréditaire. M. après une enfance chétive présenta à deux reprises à 13 ans et à 15 ans de la chorée, tantôt générale, tantôt hémi-latérale avec une anesthésie toujours correspondante aux membres affectés. A l'âge de 20 ans elle eut de violentes attaques d'hystérie et l'année suivante, en 1887, fut amenée à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. le Dr Brouardel, remplacé à ce moment par M. le Dr Brissaud, à la suite d'anorexie hystérique et de vomissements incoercibles qui mettaient réellement sa vie en danger[1]. Elle a d'abord été étudiée et traitée par mon frère, le Dr Jules Janet, qui a pu la sauver de l'inanition, puis elle a été remise entre mes mains depuis plusieurs années. C'est, en effet, une malade dont l'état hystérique est fort grave et qu'il est intéressant de suivre régulièrement pendant des années.

Depuis l'âge de 20 ans, les accidents sérieux n'ont jamais siégé sur les membres et son hystérie est surtout viscérale. M. présente à tout instant, à propos surtout de la plus légère émotion des contractures de la bouche, de la langue, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac, du diaphragme, des viscères abdominaux, du rectum, de la vessie, en même temps que des contractures des muscles, du thorax et de l'abdomen. Ces phénomènes sont accompagnés naturellement par toutes sortes de troubles viscéraux, en particulier, des vomissements incoercibles, de la rétention des matières fécales et de l'urine, et les troubles les plus bizarres de la nutrition. Je rappelle ces faits sans pouvoir y insister ici pour montrer qu'il s'agit d'une hystérie extrêmement grave qui a troublé toutes les fonctions physiologiques.

Ces accidents s'accompagnent d'une anesthésie la plus complète et la plus profonde que l'on puisse rencontrer dans l'hystérie. Cette anesthésie porte sur la peau, les sens et les viscères et, comme je l'ai déjà montré[2], c'est elle qui détermine les accidents

1. Jules Janet, Un cas d'hystérie grave. *La France médicale*, 6 avril 1889.
2. *Stigmates mentaux des hystériques*, 1892, p. 62.

précédents, car les spasmes viscéraux et tous les phénomènes qui en dépendent disparaissent immédiatement dès que l'on rétablit ces sensibilités. Pour n'en rappeler qu'un exemple souvent cité par mon frère et par moi, M. présente de la rétention d'urine déterminée par un spasme du sphincter et en même temps par un certain degré de paralysie vésicale; en outre, elle est atteinte de cystite à la suite des sondages malpropres qu'elle a été obligée de pratiquer à la suite de cette rétention, mais elle ne sent aucunement la douleur de cette cystite. Si par divers procédés et en particulier en excitant et en dirigeant son attention, on lui rend la sensibilité vésicale, elle souffre de sa cystite, mais en même temps recommence à pouvoir uriner librement.

Nous avons en effet appliqué à cette malade depuis 1887 une méthode d'étude et en même temps de traitement qui consiste à provoquer par tous les moyens possibles la restauration de la sensibilité consciente. C'est encore cette méthode qui va nous servir pour l'étude de l'allochirie, il faut donc la rappeler en quelques mots.

On sait que les anesthésies hystériques sont extrêmement mobiles sous toutes sortes d'influences, les unes physiques comme les sommeils, les intoxications, les autres plus morales, les émotions, les associations d'idées, les suggestions, les efforts d'attention, etc. Mais le fait qui m'avait surtout frappé dès mes premières études sur les hystériques, c'est que l'on peut en combinant divers procédés physiques, en se servant de l'électricité, de l'aimant, des plaques métalliques de M. Burq qui avait déjà signalé le phénomène, ou tout simplement en dirigeant l'attention sur un organe, puis sur un autre, déterminer des états où toutes les sensibilités sont restaurées. Ces états, quand ils ont été déterminés d'une manière complète, se caractérisent par des phénomènes extrêmement curieux.

Les amnésies si nombreuses et si variées de ces malades disparaissent pendant ces états où la sensibilité est rétablie, c'est là le premier fait sur lequel j'aie insisté[1]. Les paralysies et les contractures qui dépendent en grande partie de ces amnésies sont momentanément guéries. Le D[r] Despine (d'Aix) avait déjà très bien décrit le fait en 1840[2], M. Burq l'a très bien constaté en étudiant

1. Pierre Janet, *Revue philosophique*, 1887, I, p. 468, 1888, I, p. 271, *autom. psych.*, p. 95, 114, 121, 296, 333, etc.

2. Despine (d'Aix), *Le magnétisme appliqué au traitement des maladies nerveuses*, 1840.

l'influence des armatures métalliques sur les anesthésies et les divers accidents hystériques[1]. J'ai décrit moi-même à plusieurs reprises comment les paralysies et les contractures disparaissaient dans ces états où le rétablissement de la sensibilité était parfait[2]. En même temps, les phénomènes psychologiques de suggestion, de subconscience, de dédoublement de la personnalité disparaissent dans ces états où la restauration de la sensibibité semble accompagner une restauration de la pensée tout entière. « Il y a, disais-je à ce propos, des états que l'on peut plus ou moins facilement reproduire, dans lesquels le sujet récupère peu à peu toutes les sensibilités et tous les souvenirs qu'ils paraissent avoir perdus. Dans le plus complet de ces états, le sujet, si malade qu'il fût dans sa vie habituelle, devient au point de vue des sens, de la mémoire, du mouvement, absolument identique à l'individu le mieux portant et le plus normal[3] ».

Mon frère, le Dr Jules Janet, à qui j'avais montré ces phénomènes, a cherché avec beaucoup de raison, à appliquer les mêmes procédés aux troubles viscéraux et c'est sur cette malade M. qu'il fit d'abord ses recherches en 1887. Il montra que les spasmes de la bouche, de la langue, du pharynx disparaissaient, que la malade pouvait déglutir, quand on rendait la sensibilité à ces organes, que l'on pouvait faire cesser les vomissements hystériques, les spasmes de l'abdomen, la constipation, la rétention d'urine, etc., en dirigeant sur les divers organes l'attention de la malade et en réveillant par ce moyen les sensibilités. Il fit également des études sur l'ordre des réapparitions de ces sensibilités, sur les phénomènes qui caractérisaient ces réapparitions, et même sur une sensibilité, qui est loin d'être démontrée, et que M. Jules Janet décrivait en disant que M. perdait et retrouvait la sensibilité de son cerveau. Ces études furent communiquées à maintes reprises à la *Société clinique de Paris* et à la *Société de psychologie physiologique;* on trouve le résumé, malheureusement beaucoup trop bref, de ces longues communications, dans le *Bulletin médical,* 1888-89, dans la *France médicale,* 6 avril 1889, dans la *Revue scientifique,* 1888, I. 616. « On se croirait, dit-il, à propos d'une malade mise dans un état de ce genre, en présence d'un

1. V. Burq. *Des origines de la métallothérapie*, 1882, p. 42, 67.
2. En particulier : *Accidents mentaux des hystériques*, 1893, p. 123.
3. Voir *Automatisme psychologique*, 1889, pp. 87, 105, 178, 344 et passim.

état de veille et bien plus de l'état de veille d'une personne saine. L'observateur le plus exercé ne pourrait maintenant distinguer W. d'une personne normale non hystérique. Nous n'avons plus devant nous une névropathe, une incomplète, mais bien une jeune femme jouissant de toute la plénitude de ses fonctions nerveuses, nous donnant la mesure de ce que valent ses centres nerveux qui, somme toute, sont sains et normaux[1] ». « Peut-on, disais-je à ce propos, laisser les sujets indéfiniment dans cet état, ce serait un moyen bien facile de guérir complètement l'hystérie[2] » et M. Jules Janet ajoutait justement : « Pour guérir une hystérique d'un accident il faut arriver à faire disparaître en même temps que l'accident toutes les tares de l'état de veille... Il y aurait un moyen de guérir l'hystérique, c'est de la faire vivre indéfiniment dans cet état où, en effet, elle serait absolument complète et ne serait plus passible d'aucun accident. »

M. Jules Janet appelle cet état un somnambulisme, et je l'ai souvent décrit sous le nom de *somnambulisme complet*, parce que chez les sujets très malades, il ne peut pas d'ordinaire, sans pratiques spéciales, rester permanent. Cet état se termine plus ou moins rapidement par un retour à l'état habituel du sujet et il semble ne laisser dans l'esprit aucun souvenir ; il se présente donc réellement sous les apparences d'un somnambulisme. Mais j'ai beaucoup insisté pour montrer que cet état n'était anormal qu'en apparence et qu'il ne prenait l'aspect d'un somnambulisme que par rapport à l'état habituel de ces sujets, à leur anesthésie et aux amnésies qui en dépendent. « Si nos sujets après le réveil, disais-je autrefois, ne conservent pas le souvenir de leur somnambulisme, c'est qu'ils ne reviennent pas à la santé parfaite et qu'ils gardent toujours des anesthésies et des distractions plus ou moins visibles ; s'ils guérissaient radicalement, s'ils élargissaient leur champ de conscience jusqu'à embrasser définitivement dans leur perception personnelle toutes les images, ils devraient retrouver tous les souvenirs qui en dépendent et se rappeler complètement même leur période de crise ou de somnambulisme..... le retour complet des souvenirs (portant sur les somnambulismes et les actes subconscients) fournirait un signe curieux de la guérison

1. Jules Janet, L'hystérie et l'hypnotisme. *Revue scientifique*, 1888, I, 618.
2. Pierre Janet. *L'automatisme psychologique*, p. 135.

complète de l'hystérie[1]. » « Cet état de somnambulisme complet est tout simplement la vie normale, telle que ce sujet devrait la présenter continuellement s'il n'était pas malade. Mais il ne peut rester dans cet état, il se fatigue et s'endort; d'une manière ou d'une autre il retombe dans un état d'anesthésie, de rétrécissement du champ de conscience qui constitue sa maladie. C'est ce rétrécissement de la conscience qui amène l'amnésie de l'état précédent, et c'est cet état de veille qui est anormal et qui transforme les moments d'intelligence ordinaire en somnambulismes..... ce sont ces chutes, ces retours à l'état d'anesthésie qui donnent aux périodes normales l'aspect de somnambulisme[2] » Je donnais en même temps un schéma de ces modifications de la sensibilité et de la mémoire chez cette malade M., schéma qui sera étudié de nouveau plus tard dans le chapitre XII de cet ouvrage. Pour le moment je me borne à rappeler l'importance de cette méthode de la *restauration des sensibilités*, de l'*æsthésiogénie* chez les hystériques, afin de pouvoir déterminer chez M. des états divers de sensibilité et étudier par ce moyen le singulier phénomène d'allochirie qu'elle présente, phénomène qui prend des formes diverses suivant que la sensibilité tactile est plus ou moins complète.

En effet, au début d'une semblable recherche j'ai éprouvé un embarras qui a contribué à obscurcir un peu ma première communication sur ce sujet. Quand on examine M. à divers moments, au cours de diverses séances, ou bien à divers moments d'une même séance, au début et à la fin, avant et après les somnambulismes provoqués, on constate toujours il est vrai des troubles de la localisation, mais on constate que ces troubles ne sont pas exactement les mêmes et qu'ils présentent en somme plusieurs degrés ou plusieurs formes. Ces diverses formes m'ont paru en rapport avec la profondeur de l'anesthésie ou avec les divers degrés de la restauration des sensations, et c'est en suivant cet ordre de développement de la sensibilité que je vais les exposer.

Dans un premier état très fréquent chez elle, comme je viens de le dire, celui que l'on observe le plus souvent à son arrivée, M. n'a absolument *aucune sensibilité tactile, ni musculaire sur aucun*

1. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 343-344.
2. *Accidents mentaux des hystériques*, 1893, p. 225.

*point du corps*. C'est un type d'anesthésie hystérique totale, il n'y a pas plus de sensibilité pour la chaleur, le froid, la douleur que pour le tact, la sensibilité a disparu sur tout le corps et même sur les muqueuses accessibles, le contact de la conjonctive ne détermine plus le réflexe palpébral, ni celui du pharynx le réflexe nauséeux. A ce moment, quelle que soit l'excitation, il n'y a jamais de sensation consciente, par conséquent il est impossible de parler de localisation.

Si à ce moment on examine les mouvements on voit qu'ils présentent des caractères bien connus et que j'ai réunis sous le nom de syndrome de Lasègue. Le sujet ne peut accomplir aucun mouvement conscient quand il a les yeux fermés ou qu'il est dans l'obscurité, il ne remue ses membres qu'en les regardant ou bien quelquefois en conservant le souvenir visuel de la position initiale. En dehors de ces cas et d'autres analogues, M. n'a conservé que des mouvements subconscients, en particulier des attitudes cataleptiques très faciles à provoquer dans tous les membres et à son insu. Dans ces conditions, on ne peut déterminer des mouvements localisés avec précision, on ne peut par exemple lui demander de remuer le doigt touché ou piqué puisqu'elle ne sent rien. On ne peut déterminer des mouvements que par la parole. Elle comprend ce qu'on lui indique et exécute, comme on vient de le voir, tous les mouvements demandés, à la condition qu'on la laisse libre de regarder, elle n'est arrêtée que par les commandements localisés à un côté, le droit ou le gauche.

Il est intéressant de remarquer que ces mots « droite et gauche » ont cependant un sens pour elle : M. sait parfaitement qu'elle a deux mains et deux pieds et que ces mots servent à les distinguer l'un de l'autre. Elle sait encore que cette distinction est justifiée, car les deux mains ne sont pas aussi habiles l'une que l'autre ; l'une de ses mains sait coudre, écrire, faire le signe de la croix, l'autre ne le sait pas. Il faut remarquer d'ailleurs que cette main est bien la droite, que M. est droitière, et non ambidextre ni gauchère. Pourquoi donc alors hésite-t-elle et ne peut-elle pas faire le mouvement demandé ? C'est, si je ne me trompe, que ces notions sont chez elle de pures idées abstraites et ne s'associent avec aucune sensation ou aucune image actuelle en rapport avec l'une des mains. Elle sait que la main appelée droite est celle qui peut faire le signe de la croix, c'est une pure connaissance qui n'est associée avec aucune sensation provenant

actuellement de l'une des mains. Aussi ne peut-elle dire d'avance laquelle de ses mains est capable de faire cet acte, il faut qu'elle essaye de vouloir cet acte en regardant la main quelle qu'elle soit qui se trouve devant ses yeux, celle-là est la seule qui remue ; l'autre en dehors du regard est on le sait paralysée. Si le mouvement lui paraît se faire bien, elle conclut que c'est là la main droite. Et pour conserver cette notion acquise il faut qu'elle ne quitte pas des yeux la main ainsi reconnue ; car si elle la quitte du regard, elle ne la reconnaît plus, ne peut garantir que c'est la même et l'expérience est à recommencer. Si au contraire, la main en question a fonctionné d'une manière maladroite, M. en conclut que ce n'est pas la droite et va *à la découverte* de l'autre, car elle ne sait pas où elle est ; elle sait seulement d'une manière théorique qu'il y en a une autre. On peut d'ailleurs l'embrouiller dans sa recherche en lui présentant la même main, sur laquelle elle expérimente consciencieusement ; enfin elle trouve l'autre main et la reconnaît à son fonctionnement. En pratique tout ce travail est bien simplifiée par certains signes surajoutés comme la bague à la main droite.

On voit bien que la connaissance théorique de la distinction des côtés ne suffit pas et qu'elle amène naturellement les hésitations de M. quand il n'y a absolument aucune sensation spéciale se produisant dans chaque main au moment des mouvements et permettant de les reconnaître. Cette conclusion me paraît si naturelle qu'il y aurait lieu de rechercher dans d'autres cas d'anesthésie hystérique tactile et musculaire des symptômes analogues à ceux de M. Si on ne les rencontre pas c'est que l'anesthésie est bien rarement aussi complète, aussi générale.

Dans un second état, quand le sujet se porte un peu mieux, la sensibilité semble revenir en partie. Il y aurait ici des études intéressantes à faire sur cette restauration graduelle de la sensibilité ; mais elles sont bien délicates, car il suffit de la plus légère chose pour diriger l'attention du sujet vers telle ou telle sensation et la faire réapparaître avant les autres. Cependant, si je ne me trompe, les sensations commencent tout à fait indistinctes et vagues ; le chaud, le froid, le pincement, le frôlement de la peau, un objet mis dans les mains, tout cela provoque seulement une sensation vague de quelque chose de gênant, sans que le sujet sache ce que c'est. Ce n'est pas une douleur proprement dite, c'est surtout une sensation indistincte ; la douleur à mon avis réap-

paraît beaucoup plus tard après le retour des autres sensations tactiles. De même que la douleur disparaît la première dans l'hypoesthésie, où nous voyons fréquemment la sensibilité tactile conservée avec une analgésie, elle est également la dernière à apparaître dans la restauration de la sensibilité. En tous cas il est certain qu'il n'y a à ce moment aucune localisation ; le sujet ne sachant absolument pas où on le pique, où on le touche. Ici encore l'allochirie ne se manifeste en aucune manière.

Les mouvements ne m'ont pas paru modifiés dans cette période, il est impossible de déterminer le mouvement de la partie touchée car le sujet n'a aucune idée de cette partie.

## 2. — *Allochirie simple.*

Dans un troisième état qui peut quelquefois survenir spontanément, mais que l'on constate le plus souvent chez elle à la fin des séances de somnambulisme provoqué, après un sommeil assez prolongé, état qui peut ensuite se conserver pendant une semaine ou deux, la sensibilité est beaucoup plus développée. M. sent assez bien sur toutes les régions du corps, elle distingue l'une de l'autre la plupart des sensations, le chaud, le froid, le pincement, la piqûre et peut avec quelque hésitation nommer un petit objet placé dans la main. Il est intéressant de remarquer que le sens kinesthésique a fait également des progrès, elle se rend assez bien compte des positions données à ses membres et la disposition à la catalepsie partielle qui dépend de l'anesthésie kinesthésique, tend à disparaître.

Dans cet état, nous pouvons constater des faits précis relatifs à la localisation des sensations tactiles qui présente évidemment un remarquable progrès. On ne peut sans doute déterminer par des méthodes précises en millimètres la précision de la localisation chez une pareille personne dont la sensibilité est obtuse et dont les mouvements sont encore difficiles sans le secours des yeux et surtout absolument dénués de précision. Il faut nous borner à l'interroger. Or nous voyons que pour de grandes régions du tronc, pour le dos, le ventre et la poitrine la localisation n'existe guère. M. sait seulement qu'on l'a piquée sur le corps. Mais aux membres la localisation est plus précise, elle se fait par régions que M. se représente d'une manière assez vague, grâce à des

images visuelles. « Vous me touchez, vous me piquez, à l'épaule, au poignet, au bras, au coude, au genou, à la cheville du pied, répond-elle d'une façon tout à fait correcte. » Il est difficile de l'amener à préciser plus, en particulier on ne peut lui faire distinguer les doigts les uns des autres, elle les confond presque toujours. Elle confond moins le pouce et le petit doigt qui ont des fonctions bien distinctes que le 3° et le 4° doigt qui sont plus identiques. Ce détail s'accorde avec une observation déjà faite par M. Victor Henri dans ses remarquables études sur la localisation des sensations tactiles[1]. Deux de ses sujets, quoique ayant une localisation infiniment plus précise que M., se trompent également sur le doigt touché ; il semble qu'il y ait là une difficulté spéciale de localisation. Quoi qu'il en soit, et c'est le seul point sur lequel j'insiste, M. possède à ce moment la faculté de discerner assez bien les diverses sensations et de les localiser assez nettement. Eh bien, à ce moment, malgré cette sensation et cette localisation, elle ne distingue absolument pas les deux côtés du corps. « Vous me piquez au poignet, dit-elle. — C'est vrai, mais quel poignet, le droit ou le gauche ? — Je ne sais pas. » Quand j'insiste trop, elle répond au hasard et se trompe presque toujours. Il est difficile de lui faire bien décrire ce qu'elle éprouve, on n'ose trop interroger de peur de suggérer les réponses. Il me semble cependant, qu'à ce moment le problème de la distinction des deux côtés du corps ne se présente pas à son esprit, elle ne pense à aucun côté, les sensations semblent se ranger uniquement en une série verticale sans distinction dans le sens latéral.

Nous allons retrouver dans les mouvements le même progrès et le même trouble que dans les sensations, elle remue bien les mains, les bras, les yeux fermés, même quand on a dérangé leur position initiale ; elle ne présente plus ni paralysie ni catalepsie, ni tremblement d'aucune sorte, elle a plus de force et de précision dans les mouvements. Seuls les mouvements des doigts isolés présentent le même trouble que nous avions noté dans leur sensibilité, elle remue le médius quand je lui demande de remuer l'index et le petit doigt au lieu du pouce, les autres mouvements des bras ou des jambes se font sans erreur. Mais ici encore nous retrouvons la même ignorance des deux côtés du corps. M., cela

1. Victor Henri. Recherches sur la localisation des sensations tactiles. *Année psychologique*, 1896, 186.

est curieux, ne présente pas de syncinésie, comme je l'ai observé chez une autre malade qui ne pouvait remuer son bras gauche anesthésique sans faire avec le bras droit sensible le mouvement symétrique[1]. M. peut remuer un bras ou l'autre et elle se rend compte qu'il y a deux mouvements possibles, qui ont même, comme elle le sait, des résultats différents. Mais quoique ayant un peu plus de sensibilité kinesthésique, quoique capable de remuer les yeux fermés elle se trouve dans la même situation que nous avons observée tout à l'heure quand elle était anesthésique et avait les yeux ouverts. Elle ne distingue ses bras qu'après expérience du mouvement, seulement l'expérience peut maintenant se faire par le sens kinesthésique qui l'avertit de l'exécution plus ou moins bonne comme faisait tout à l'heure le sens visuel.

Dans ces expériences l'emploi des mots « droite et gauche » qui n'ont pour elle qu'un sens tout théorique peut paraître mauvais et l'examen doit être fait d'une manière plus simple. Je conviens avec elle qu'elle fera simplement un mouvement en rapport avec le côté pincé sans chercher à distinguer si c'est le droit ou le gauche ; elle doit tourner la tête du côté où elle se sentira pincée, ou, comme je tiens ses deux mains, elle doit me serrer avec la main qui est pincée. Dans ces conditions on constate d'abord un retard énorme de la réaction : le mouvement demandé ne se fait jamais avant huit ou neuf secondes après le pincement, à ce moment M. fait un mouvement vague, elle remue la tête en avant, hausse les deux épaules et me dit : « Je viens de sentir que vous m'avez pincée à la paume de la main, je dois vous serrer la main, de quel côté ? Je ne sais pas, est-ce comme ceci ? est-ce comme cela ? » et elle essaye d'un côté puis de l'autre au hasard.

Cette expérience confirme les précédentes et montre que chez cette malade la sensation quoique localisée dans le sens vertical ne s'accompagne pas d'une notion relative à l'un des côtés du corps. Le trouble du mouvement me paraît simplement l'expression de cette absence de renseignements, de cette confusion des sensations. C'est bien ce que l'on doit appeler de l'allochirie si l'on se reporte à la définition du terme donné par le premier observateur du phénomène. « Quoique la sensibilité soit conservée, plus ou moins complètement, dit Obersteiner, le malade *est dans le doute*

1. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 184.

ou bien même fait erreur au sujet du côté touché[1]. » Mais comme j'ai eu besoin sur cette malade même de distinguer deux formes du phénomène dont l'explication est fort différente, j'ai proposé dans une précédente étude sur ces troubles de la sensibilité de désigner les faits que nous venons d'observer par le terme d'*allochirie simple*[2], qui serait caractérisée par l'absence de distinction, la simple confusion des deux côtés du corps.

### 3. — *Allochirie complète.*

Cette distinction s'impose en effet parce que l'on constate chez d'autres malades et également chez celle-ci une autre altération de la localisation tactile. Quand on a répété quelque temps avec M. les expériences précédentes, quand on a vivement attiré son attention sur la localisation à droite ou à gauche, on constate un changement notable dans ses réponses, et ce changement est assez important pour me paraître le point de départ d'un nouvel état de sensibilité qui va persister pendant un temps plus ou moins long.

M. semble mieux comprendre la question : « De quel côté sentez-vous ? » Elle n'a plus son air embarrassé et hésitant et elle répond nettement... mais elle répond toujours faussement. De quelque manière qu'on l'interroge elle désigne toujours le côté opposé à celui qui a été piqué, ou touché, elle tourne la tête à gauche, elle serre la main gauche si on la pince à droite, ou serre la main droite si on la pince à gauche, et cela continuellement, sans jamais faire d'erreur. Dans une première communication sur cette malade je remarquais déjà ces séries de réponses fausses qui survenaient à un certain moment. Je constate maintenant qu'elles présentent souvent une régularité complète et caractérisent un état différent du précédent. C'est là le phénomène que j'ai proposé de désigner par le nom d'*allochirie complète,* consistant dans l'erreur continuelle et régulière par opposition à l'allochirie simple qui n'est qu'un doute et une confusion des deux côtés du corps.

Cette erreur de localisation se produit chez M. sur toute l'étendue

1. Obersteiner (de Vienne), On allochiria. *Brain*, 1881, p. 153.

2. Pierre Janet, *Stigmates mentaux des hystériques*, 1893, p. 69.

de la peau : elle n'est pas limitée aux membres inférieurs ou à un côté du corps comme dans la plupart des autres observations, elle existe quel que soit l'endroit de la tête, du tronc ou des membres qui soit excité. Cette erreur n'est pas limitée à une catégorie de sensations, elle est identique pour le froid, le chaud, le contact, la piqûre. Elle se présente de la même manière pour le sens musculaire : si je remue sa main droite elle sent le mouvement communiqué dans sa main gauche. Même si je préviens M. du côté que je vais pincer, la réflexion et l'attention expectante n'empêchent pas l'erreur de se produire ; enfin la vue elle-même ne prévient pas l'illusion, comme le montre l'expérience suivante où tous ces détails sont réunis. Pendant que M. a les yeux ouverts et me regarde faire, je frappe le tendon rotulien à droite, le réflexe se produit nettement et correctement à la jambe droite. M. voit bien le coup du marteau et le mouvement de sa jambe droite, mais elle ne peut s'empêcher de sentir ce coup et ce mouvement dans l'autre jambe. Ajoutons que ces phénomènes sont constatés chez elle depuis plus de dix ans, et qu'ils étaient probablement antérieurs et l'on jugera sans doute que c'est là un cas d'allochirie remarquable et particulièrement intéressant pour l'étude.

Il serait intéressant de pouvoir déterminer les modifications de la sensibilité qui accompagnent ce nouvel état. Malheureusement elles sont peu précises. Je constate seulement avec une certaine surprise que, malgré ces erreurs plus répétées et plus régulières, la sensibilité a nettement augmenté. M. distingue mieux encore les objets, elle localise avec plus de précision même sur des régions qui précédemment ne donnaient que des impressions confuses. Si on la pique à la poitrine ou au ventre, avec un crayon qu'elle tient à la main elle marque fort bien sur le côté opposé le point symétrique. Enfin les temps de réaction sont notablement diminués tout en étant encore extrêmement exagérés, ils ne sont plus que de deux et trois secondes. Dans toutes les observations, tant que l'allochirie persiste, on note ce grand retard des temps de réaction[1]. Les mouvements sont cependant plus rapides et plus précis, mais avec une erreur très régulière sur le côté qui doit se mouvoir.

1. F.-J. Bosc, De l'allochirie sensorielle *Revue de médecine*, 10 novembre 1892, 854.

Les deux états précédents sont tout à fait naturels chez ce sujet, on les constate souvent sans aucune préparation; ces faits sont également fort anciens et mon frère, le Dr Jules Janet, qui avait connu cette personne il y a une dizaine d'années, les avait déjà remarqués comme une bizarrerie sans s'occuper de cette question. D'autres faits n'apparaissent pas spontanément mais seulement au cours du traitement. En effet j'ai cherché à modifier cette allochirie, ne fût-ce que pour la mieux comprendre et j'ai suggéré à M. de faire bien attention, de chercher à sentir le plus tôt possible, de bien remarquer à quel côté du corps elle penserait tout d'abord, etc. En même temps, par les précédés æsthésiogéniques auxquels elle est habituée j'augmentais graduellement sa sensibilité tactile et musculaire.

J'obtiens ainsi rapidement un nouveau phénomène que l'on peut à la rigueur considérer comme un progrès. M., dont je tiens les deux mains, doit serrer avec la main qui sera pincée. A ce moment, quoique pincée d'un seul côté, elle serre avec les deux mains. Presque toujours le mouvement est plus fort et plus rapide du côté opposé. M. déclare qu'elle a eu à la fois la pensée nette des deux côtés du corps. Je ne crois pas le fait identique à l'allochirie simple que j'ai déjà étudiée. Dans celle-ci il y avait absence de localisation latérale, M. ne se représentait aucun côté du corps; ici il y a notion de latéralité, seulement M. se représente simultanément deux images, celles des deux côtés. C'est une forme de synesthésie ou si l'on ose ainsi dire de *synchirie* avec syncinésie.

Un nouveau degré de perfection de la localisation se manifeste un peu tard: après avoir serré des deux côtés à la fois, la malade semble réfléchir et abandonne le côté inexact pour ne plus continuer à serrer que du côté pincé réellement, elle arrive ainsi à travers un long intermédiaire à la localisation correcte. Enfin quand en excitant, en dirigeant son attention on est parvenu à rétablir d'une façon absolument complète sa sensibilité tactile et musculaire M. serre immédiatement du côté où elle est pincée et rien que de ce côté, sans aucun retard de la réaction et sans aucune allochirie.

En un mot la localisation latérale, à partir du moment où la sensibilité a réapparu, semble traverser les phases suivantes. La malade est pincée assez fortement à la main droite et elle a les yeux fermés: 1° elle ne distingue aucun côté et localise uniquement sur une ligne verticale, c'est l'allochirie simple; 2° elle a l'idée

nette qu'elle est pincée du côté gauche, c'est l'allochirie complète ; 3° elle a à peu près en même temps l'idée des deux côtés du corps, c'est la synchirie ; 4° elle a l'idée des deux côtés du corps, mais la pensée du côté gauche est faible, peu persistante et cède rapidement la place à la pensée du côté droit qui persiste ; 5° enfin elle a immédiatement la pensée du côté droit qui est pincé et n'a que celle-là, c'est la localisation correcte.

## 4. — *Tentatives d'interprétation de l'allochirie simple.*

Il est bien difficile d'entrer dans l'interprétation de ces faits qui commencent à peine à être débrouillés et dont l'étude serait à mon avis fort importante pour la psychologie de la personnalité et pour la théorie de la perception ; je ne puis qu'indiquer quelques brèves réflexions.

Les premiers auteurs qui ont décrit l'allochirie, Obersteiner, Hammond, Weiss, 1891, rapportent le fait à une lésion médullaire. « Il s'agit d'une obstruction de la moelle amenant un changement de direction dans la marche de la sensation, celle-ci allant d'un côté du corps au même côté du cerveau, d'où il résulte que l'impression est rapportée au côté opposé du corps[1]. » Il s'agit en effet de malades présentant soit la sclérose des cordons postérieurs du tabes, soit une destruction médullaire plus ou moins étendue après un écrasement de la colonne vertébrale. Les 12 principales observations sont réunies dans le travail de M. Bosc[2]. Il semble naturel de rapporter le trouble constaté à la lésion médullaire réelle, d'autant plus que dans un cas l'allochirie est limitée aux membres inférieurs au-dessous de la lésion. M. Bosc ayant constaté le phénomène chez un homme atteint d'hémorragie cérébrale, admet que l'interversion des courants nerveux peut se faire non seulement dans la moelle mais aussi dans l'encéphale « il faut admettre, dans ce cas de lésion cérébrale, que les sensations sont passées de l'hémisphère lésé dans l'hémisphère du côté opposé par le corps calleux[3] ».

Il y a dans ces suppositions quelque chose d'évidemment juste, c'est que la lésion médullaire ou cérébrale joue un certain rôle dans

1. Weiss, *Prager medicin. Wochensch*, 1891, n° 24.

2. F.-J. Bosc, De l'allochirie sensorielle. *Revue de médecine*, 10 novembre 1892 p. 841.

3. F. Bosc, *op. cit.*, 865.

la production de l'allochirie, puisque celle-ci ne s'est développée qu'à la suite de ces lésions. Quand il s'agit d'allochirie hystérique, comme dans quelques-uns des cas précédents, dans une observation de M. Bosc et dans celle de M., il est bien évident que l'altération cérébrale, quelle qu'elle soit, qui constitue l'hystérie, détermine également l'allochirie. Mais n'est-ce pas là une explication bien vague et sans aucune utilité?

C'est qu'il est difficile dans cette voie d'aller plus loin, car on ne se préoccupe aucunement des lois de la localisation normale qui devraient pourtant être le point de départ de l'explication. C'est aussi que l'on part d'une véritable pétition de principes qui serait celle-ci : Toute localisation fausse suppose une déviation des courants nerveux qui se rendent de la périphérie à l'encéphale et cette déviation doit avoir sa raison d'être dans la partie inférieure de leur trajet, dans la moelle; dans le bulbe ou dans les fibres de projection du cerveau. Rien n'est moins prouvé ; toutes les illusions, toutes les hallucinations réclament-elles une pareille modification? Ces phénomènes comme les perceptions et les localisations elles-mêmes dépendent d'une opération psychologique plus ou moins compliquée et par conséquent d'un travail cortical très complexe, dans lequel interviennent très certainement plusieurs régions du cerveau et non uniquement celle à laquelle aboutit la fibre périphérique excitée. On n'explique donc pas l'allochirie en supposant simplement et, dans la plupart des cas d'une manière tout à fait arbitraire, un changement de direction dans les fibres nerveuses qui se rendent aux hémisphères ; il faut d'abord chercher la nature du fait psychologique qui se produit et ensuite, si c'est possible, la localisation anatomique de ce fait qui sera probablement toute autre qu'on ne le supposait *a priori*. C'est cette méthode d'interprétation psychologique dont je soutenais la nécessité dans une première communication en 1890. Je suis heureux de retrouver la même méthode dans un article intéressant de M. Head, sur la localisation de certaines douleurs viscérales à la surface de la peau. « La localisation d'une sensation, dit-il, n'est pas uniquement un phénomène physique, mais un phénomène psychique. Elle ne dépend pas du nombre des fibres ou des cellules... mais c'est un phénomène d'association[1]. »

1. Henry Head. On disturbances of sensation with especial reference to the Pain of visceral disease. *Brain*, 1893, p. 124.

Pour le moment, dans l'état où sont nos connaissances sur le substratum anatomique et physiologique de ces associations d'images psychologiques, il faut nous borner à préciser autant que possible le déterminisme psychologique de cette illusion.

L'étude de notre malade M. nous confirme dans cette pensée. En effet il est facile de voir que la perturbation des sensations et du mouvement n'existe que dans la perception consciente et attentive et n'existe pas dans les phénomènes inférieurs, automatiques et doués d'une conscience moins parfaite.

C'est ce que l'on constate tout d'abord par l'étude des réflexes; les réflexes sont, en effet, des mouvements en rapport avec une excitation périphérique déterminant une sensation au moins d'ordre inférieur. C'est le moment de remarquer un fait capital : *aucun des réflexes n'est modifié chez M.* au moins au point de vue qui nous occupe maintenant. Ils se produisent tous exactement du côté excité. C'est ce que l'on note très bien pour les réflexes patellaires, pour le réflexe abdominal de Rosenbach, pour les réflexes tendineux du poignet assez forts chez M. pour être bien visibles. Comme on l'a déjà vu, si on prie M. de faire attention au choc sur le genou ou le poignet, le réflexe se produit immédiatement du côté frappé, et M., 2 ou 3 secondes après, sent le contact et le mouvement du côté opposé ; bien plus, si elle a les yeux ouverts et regarde, elle voit le choc et le mouvement du côté droit et les sent cependant du côté gauche. Si je ne me trompe les choses doivent se passer ainsi chez la plupart des allochiriques. M. Ferrier, il est vrai (que je cite d'après M. V. Henri sans avoir lu l'article), décrit un cas d'allochirie dans lequel existait un trouble des réflexes tendineux[1]. Le réflexe était-il régulièrement aboli du côté frappé et n'apparaissait-il que du côté opposé ? Ne s'agissait-il pas d'une généralisation du réflexe analogue à celle qu'on observe chez les spasmodiques? Si le réflexe était uniquement et régulièrement limité au côté opposé, cette perversion, qui me semble rare, constituerait, à mon avis, une forme d'allochirie assez différente de celle que j'étudie ici.

Non seulement les réflexes, mais les mouvements automatiques plus complexes sont restés normaux. J'ai dit que M., quand elle est tout à fait anesthésique, présente au complet le syndrome de

1. Ferrier, Case of allochiria. *Brain*, 1882, p. 389.

Lasègue, c'est-à-dire qu'elle présente des catalepsies partielles. Ces attitudes cataleptiques persistent dans le membre que l'on touche et que l'on déplace et non dans l'autre.

Il en est encore de même pour les mouvements instinctifs et habituels qui sont restés normaux. Je m'explique par un exemple : M. vient d'entrer, elle n'est aucunement prévenue que je l'observe et debout, penchée d'un côté, elle se débarrasse de son chapeau et de son manteau. Ses jambes font des mouvements très corrects pour soutenir son corps en rapport avec la sensation que le sol donne à l'un ou l'autre pied, avec le poids inégal du corps penché d'un côté ou de l'autre. Ses mains, cherchant à enlever le chapeau, sont toutes les deux levées au-dessus de la tête et tâtent d'un côté et de l'autre pour trouver les épingles. La main droite rencontre la tête d'une épingle et immédiatement la tire très correctement. Est-ce que le chapeau pourrait jamais être enlevé, si c'était la main gauche qui tirait, quand c'est la droite qui trouve l'épingle ? Je pense également qu'il en est ainsi chez la plupart de ces malades, car, et c'est là une remarque qui n'a pas été assez faite, s'il en était autrement ils ne pourraient ni marcher, ni agir.

L'allochirie ne se manifeste donc chez M. qu'au moment où nous commençons à l'interroger, ou, ce qui revient au même, quand elle s'interroge elle-même. Ce caractère est maintenant bien connu, je l'ai mis en évidence pour une foule de troubles hystériques. Il indique une perturbation des fonctions cérébrales les plus élevées qui président à la conscience personnelle et à l'attention. Ces fonctions peuvent être réunies dans un centre unique ou peuvent être disséminées et constituer le degré supérieur du fonctionnement de chaque centre cortical. Je n'ai pas à le rechercher maintenant, je constate seulement que ce sont des phénomènes distincts de la sensation et du mouvement élémentaires. C'est donc dans l'étude de ces fonctions supérieures qu'il faut rechercher l'interprétation de l'allochirie.

Les philosophes ne nous ont pas appris grand chose sur la distinction du côté droit et du côté gauche. Il semble au premier abord que cette distinction soit facile et puisse se faire simplement par la vue, puisque dans une salle de dissection on reconnaît parfaitement au premier coup d'œil, même en les voyant isolés, un bras droit ou un bras gauche. Cependant, cela n'est pas tout à fait exact ; l'élève d'anatomie reconnaît un membre ou

un os en le mettant en position sur un sujet imaginaire qu'il place devant lui et il compare ensuite les membres de ce sujet aux siens propres qu'il connaît déjà. La distinction des deux côtés par la vue n'est donc que secondaire, elle permet seulement d'associer certains signes à une connaissance préalable des deux côtés de notre propre corps.

Comment faisons-nous cette distinction des deux côtés de notre corps? Évidemment, nous avons recours dans certains cas pour distinguer nos deux côtés à un procédé analogue à celui qu'emploie notre sujet. Le bras droit est pour nous le bras qui remue le plus facilement, le bras qui tient la plume, le bras qui écrit. Cependant nous ne procédons pas comme M. et nous ne cherchons pas à écrire dans la rue pour distinguer les côtés. C'est que M. a besoin pour faire cette distinction d'exécuter réellement les mouvements, de les sentir et de les voir, tandis que nous nous contentons de faire cet essai en imagination. Le bras droit est le bras que nous pouvons le plus facilement nous représenter en mouvement : nous apprécions la différence d'une représentation, tandis que M. apprécie seulement la différence d'un mouvement réel. Cette hypothèse, toute plausible qu'elle soit, ne me satisfait pas entièrement, car pour essayer, pour comparer la représentation de nos deux bras mis en mouvement, il faut déjà que les représentations de ces bras se distinguent par quelque chose.

Il faut donc supposer en second lieu qu'il y a une sensation particulière qui distingue les deux côtés. « Nous distinguons nous-mêmes notre droite de notre gauche, par un sentiment naturel et ces deux déterminations de notre propre étendue nous présentent bien alors une différence de qualité, c'est même pourquoi nous échouons à la définir[1] ». Je préciserai en rappelant les théories de Lotze et de Wundt sur les signes locaux, ces différentes nuances de la sensation qui varient suivant les régions du corps. « Nous sommes donc amenés, disent-ils, à admettre une coloration locale des sensations tactiles, coloration qui se modifie continuellement sur toute la surface cutanée ». Wundt va même plus loin et exprime certaines théories qui semblent s'appliquer par avance exactement au cas que nous décrivons : « Il faudra admettre, dit-il, que dans les régions symétriques des deux parties du corps les signes locaux sont très analogues sinon identiques..... néanmoins,

1. Bergson, *Données immédiates de la conscience*, 1889, p. 93. Paris, F. Alcan.

d'après les distinctions réelles que nous pouvons faire, et d'après les différences de structure qui se présentent, malgré une analogie si grande, nous concluons que les signes locaux ont une certaine différence dans les parties symétriques et analogues [1]. » Cette différence dépend, comme le dit Wundt, de bien des choses, de la structure des organes périphériques, de l'exercice différent des muscles, de la disposition même des conducteurs nerveux, de certaines différences dans les centres auxquels ils aboutissent, mais en résumé elle doit exister. Mais il faut remarquer ausssi que cette différence entre les sensations fournies par les parties symétriques du corps ou, en abrégé, entre les sensations symétriques doit être faible, et en tous cas plus petite que la différence qui existe entre les signes locaux des autres sensations. En un mot, il y a plus de différence entre un signe local du bras et un de la jambe qu'entre les signes locaux des deux bras.

Ces remarques sont confirmées par tous ces phénomènes qui montrent une substitution facile des images psychologiques d'un membre aux images symétriques et que l'on observe dans les faits dits de transfert. Les phénomènes de transfert, que je ne puis aborder ici incidemment, ne peuvent se comprendre que par ces études sur les sensations, les images symétriques et leurs relations.

Un autre fait expérimental confirme ces notions. Dans les études sur le sens du lieu au moyen de l'æsthésiomètre on a cherché quelle était l'influence de l'exercice longtemps continué. Volkmann et après lui Dresslar ont constaté non seulement une augmentation de la finesse du sens du lieu dans la partie de la peau exercée, mais aussi une augmentation du même genre dans les parties symétriques, augmentation bien plus nette que celle qui peut se présenter dans les autres régions de la peau [2]. Je ne crois pas que le fait puisse s'expliquer par des modifications périphériques, mais je pense, comme le disait très bien M. V. Henri, « que l'on s'est habitué à discerner avec beaucoup de précision des sensations ayant une qualité semblable, tandis que l'on ne s'est pas habitué dans la même mesure à analyser les sensations provenant des autres parties de la peau et qui sont de qualité bien différente. » Cela prouve encore que les sensations symétriques

1. Wundt, *Psychologie physiologique*, trad. fr. Paris, F. Alcan, II, 29.
2. Voir Victor Henri, *op. cit.*, 322, 326.

bien que présentant certaines différences sont en réalité très voisines.

Mais rien ne vérifie mieux cette théorie psychologique que les faits pathologiques de l'allochirie présentés par notre malade et en particulier la première forme du phénomène qui a été désignée sous le nom d'allochirie simple. Ce trouble se présente, il ne faut pas l'oublier, chez une anesthésique; c'est d'ailleurs là un fait constant. Quelle que soit l'origine de l'anesthésie, tabes, interruption de conductibilité médullaire, hystérie, tous les allochiriques sont plus ou moins des anesthésiques. Il en résulte que d'une manière générale ils localisent mal. M. Brocq le remarque à propos de plusieurs observations qu'il juge défectueuses à cause de ce caractère. Mais l'allochirie, au moins l'allochirie simple n'est rien d'autre qu'une forme particulière de localisation imparfaite due à une sensibilité insuffisamment délicate. La précision de la localisation croît chez notre malade avec le degré de la sensibilité; parvenue à un certain point elle sent assez bien pour distinguer les signes locaux de son bras, de ceux de sa jambe ou même de son poignet, mais elle ne sent pas assez, ne discerne pas suffisamment les nuances de la sensation pour distinguer les signes locaux de son bras droit de ceux de son bras gauche qui sont très semblables. Cette différence des signes locaux et des sensations semble exister chez elle comme chez nous tous, puisqu'elle dirige les mouvements habituels et subconscients. Mais cette différence ne parvient pas à la conscience personnelle, aussi quand M. essaye de faire attention à une sensation, elle n'a pas l'idée d'un côté du corps plutôt que de l'autre.

J'ajouterai encore une autre remarque pour montrer comment M. en est arrivée à négliger, à ignorer ces différences. Cette remarque doit être tirée de l'étude d'un caractère hystérique que cette malade continue à présenter au plus haut degré, même quand sa sensibilité est en partie réveillée, de l'étude du rétrécissement du champ de sa conscience. Elle n'est pas seulement distraite, comme sont d'ordinaire les hystériques ne pouvant s'occuper que de peu de choses à la fois, elle en est presque réduite à ne penser qu'un seul phénomène à la fois et se rapproche évidemment de l'état de conscience des cataleptiques. Ce caractère est surtout net quand on interroge sa sensibilité. J'ai dit qu'elle arrivait à distinguer assez bien les principales sensations; oui, mais à la condition de n'en sen-

tir qu'une seule à la fois; si on la pique, si on la pince à deux endroits à la fois, elle ne perçoit jamais qu'une seule sensation. C'est pour cela qu'il m'a été absolument impossible de mesurer la sensibilité à l'æsthésiomètre. Même si on avait mis une pointe sur un bras et l'autre sur l'autre bras, ou bien une pointe au cou et l'autre au pied, elle n'aurait toujours senti qu'un contact. Il est intéressant de remarquer que malgré cette difficulté de la mesure des sensations tactiles par l'æsthésiomètre, elle conservait cependant une localisation assez précise. Cela confirme une remarque de M. V. Henry, dans le travail dont j'ai parlé : il ne faut pas confondre la localisation avec le sens du lieu donné par l'æsthésiomètre[1]. Celui-ci peut manquer par suite de diverses circonstances tandis que l'autre subsiste. Bien mieux si on fait éprouver à M. deux sensations différentes, une impression de chaud et un pincement, le contact d'un objet et une piqûre, elle ne sent encore, ou mieux ne perçoit qu'une seule de ces sensations. Il serait très intéressant de chercher comment elle choisit et pourquoi elle perçoit telle sensation plutôt que l'autre. Ce choix a une raison, car tout a une raison en psychologie, mais la rechercher serait revenir à l'étude de l'électivité chez les hystériques. Il suffit de savoir maintenant qu'elle ne prend conscience que d'une seule de ces sensations.

Si l'on essayait de traduire en langage anatomique les notions acquises sur la psychologie des hystériques, il faudrait tenir compte de ce fait et d'autres semblables. Évidemment l'écorce cérébrale de cette malade est engourdie. Mais peut-on dire que l'engourdisssement porte uniquement sur tel ou tel centre sensoriel et détermine ainsi le rétrécissement du champ de la conscience, quand on voit ce champ de conscience se porter sur toutes les sensations possibles tout en restant cependant si petit, qu'il ne peut en contenir plus d'une à la fois. Il y a là plutôt un épuisement général rendant difficile une fonction supérieure de tous les centres, ou bien portant sur des centres d'association dont la fonction serait de coordonner, de systématiser tous les autres. Quoi qu'il en soit de ces hypothèses encore bien vagues les unes et les autres, bornons-nous à constater que, dans la période de l'allochirie simple que nous étudions, le champ de conscience de M. est encore énormément rétréci.

1. V. Henri, *op. cit.*, 298.

N'est-il pas possible que ce rétrécissement de la pensée et de la perception ne soit pour quelque chose dans le trouble de la localisation qui, comme on l'a vu, constitue l'allochirie simple. Cette personne ne peut pas sentir à la fois les deux côtés de son corps. Elle ne peut même pas penser à la fois à ces deux côtés. Il semble en résulter que la comparaison habituelle des deux côtés du corps, le sentiment de leurs caractères, l'idée de leur symétrie ne puisse plus se former dans ces conditions et la suppression de la notion du côté droit et du côté gauche serait peut-être une conséquence inattendue du rétrécissement de la conscience.

Sans insister sur ces dernières hypothèses, l'ensemble de ces perturbations de la sensibilité consciente a peu à peu empêché M. de percevoir les signes locaux délicats qui distinguent les sensations symétriques et a déterminé le phénomène de l'allochirie simple. En un mot l'allochirie simple est un trouble de la localisation qui résulte d'un certain degré d'hypoesthésie, elle disparaît ou se transforme si la sensibilité diminue ou si elle augmente. En exprimant cette interprétation en 1890 devant la *Société de psychologie-physiologique* et dans la *Revue philosophique*, je remarquais que, s'il en est réellement ainsi, le phénomène doit se produire assez souvent au cours des diverses maladies du système nerveux et en particulier dans l'hystérie, quand la sensibilité diminue graduellement et quand le malade parvient à ce degré particulier d'hypoesthésie. C'est ce que j'ai depuis vérifié à plusieurs reprises et, l'attention une fois attirée sur ce point, il sera probablement facile de le constater assez souvent.

## 5. — *Le problème de l'allochirie complète.*

Je suis beaucoup plus embarrassé pour interpréter l'allochirie complète qui joue également un rôle important dans ce trouble de la localisation. Pourquoi donc, à de certains moments, le sujet localise-t-il toujours du côté opposé? Il est évident qu'il s'agit encore d'une anesthésique qui perçoit confusément les signes locaux, mais il est certain, d'autre part, qu'il y a à ce moment un certain progrès de la sensibilité, manifesté par diverses remarques et surtout par ce fait que M. distingue maintenant les deux côtés du corps. En effet, elle affirme toujours maintenant qu'il s'agit du côté droit ou du côté gauche, elle perçoit donc, à propos de la sensation, un certain signe local de latéralité. Comment se fait-il

que ce signe local soit toujours faux, qu'il soit toujours celui du point symétrique du côté opposé ?

M. Victor Henri, à propos du cas de Ferrier dans lequel les réflexes étaient modifiés et de ma première communication sur le cas de M. en 1890, où l'on a vu signalées les erreurs dans les mouvements du bras droit et du bras gauche, remarque que certains troubles du mouvement accompagnent l'allochirie et pourraient bien la déterminer. Pour ce qui concerne le malade de Ferrier, il me semble avoir raison, des réflexes ne se produisant plus du côté impressionné, mais seulement du côté opposé, constituent un trouble grave et probablement primitif du mouvement et ce trouble peut très bien déterminer par un mécanisme qui reste à étudier l'allochirie sensorielle. Dans un cas signalé par M. Féré[1], une excitation électrique forte faite du côté anesthésique déterminait un mouvement des deux côtés du corps, mais ce mouvement n'était apprécié par le sujet que du côté sensible, auquel les impressions étaient rapportées; M. Magnin rapporte également des faits semblables. Mais pour le cas de M. j'hésite à accepter cette interprétation. Les réflexes et les mouvements instinctifs, comme on vient de le voir, ne sont pas altérés en eux-mêmes, ils restent parfaitement corrects. Les mouvements altérés sont des mouvements volontaires, intelligents en rapport avec des sensations et des images, et il me semble plus vraisemblable de considérer leur altération comme secondaire à celle de la sensation même et des images.

Je crois qu'il ne faut pas chercher l'explication de cette localisation fausse dans un trouble réel des sensations et du mouvement mais plutôt dans un trouble de la perception et de l'imagination. Ce signe local faux qui détermine la localisation au côté opposé du corps n'est pas réellement senti par le sujet, il est imaginé. Il n'est pas une propriété de la sensation réellement éprouvée, c'est une image évoquée à propos de cette sensation et cette image est celle d'un signe local qui appartiendrait à la sensation symétrique. On peut dire pour préciser ma pensée que c'est là une sorte d'hallucination qui se reproduit régulièrement à propos de chaque sensation. Comme toutes les hallucinations à point de repère, celle-ci dépend d'une association d'idées. Nous sommes ainsi amenés à chercher simplement l'origine d'une asso-

1. Ch. Féré, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 21 janvier 1888.

ciation d'idées qui s'est établie entre les sensations symétriques ou plus précisément entre la sensation déterminée sur un point du corps et le signe local de la sensation symétrique.

Si l'on considère alors le trouble même de la perception et l'association fausse qui le constitue, M. Head paraît en donner une explication qui, dans certains cas, est plausible. « Si une région du corps, dit-il, est partiellement anesthésique, quand une région voisine, ou une région symétrique conserve sa sensibilité normale, le stimulus du point affecté dans la première région est rapporté à un point correspondant dans l'autre région. » Il cite des cas où un malade tabétique discerne mal les sensations du pied et les rapporte à un point situé plus haut sur la jambe et resté sensible. Dans un cas particulièrement curieux, la région du ventre au-dessous de l'ombilic est anesthésique, tandis que la peau au-dessus de l'ombilic est sensible. Une piqûre faite au-dessous de l'ombilic est rapportée à un point correspondant au-dessus, si bien qu'une série de piqûres faites en descendant verticalement au-dessous de l'ombilic apparaît comme une ligne de piqûres montant verticalement au-dessus de l'ombilic[1]. M. Head est disposé à appliquer la même explication à l'allochirie. Il y a peut-être quelque vérité dans cette explication : une image confuse peut éveiller une image analogue mais plus claire et c'est celle-ci qui persistera le plus nettement dans la conscience. On pourrait expliquer ainsi l'allochirie d'une hémianesthésique qui localiserait sur le côté le plus sensible les impressions faites sur le côté anesthésique. M. Magnin signale un fait qui semble de ce genre[2] : une malade dyschromatopsique de l'œil gauche rapportait à l'œil droit les impressions produites sur cet œil gauche. Mais il me paraît difficile d'appliquer cette théorie au cas présent où le degré de l'anesthésie est identique sur tout le corps et où surtout le phénomène de l'allochirie est réciproque. Non seulement la piqûre faite à droite paraît être à gauche, ce qui pourrait s'expliquer en disant que le côté gauche est plus sensible et a des représentations plus nettes que le côté droit, mais encore la piqûre faite à gauche l'instant suivant paraît être à droite, ce que la même théorie ne me paraît pas pouvoir expliquer.

Il me semble, comme je l'ai déjà exprimé autrefois, que l'on

1. Head, op. cit. *Brain*, 1893, p. 125.

2. P. Magnin, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 21 janvier 1888.

pourrait rapprocher ces faits de certaines associations automatiques par contraste « qui amènent dans l'esprit des phénomènes tout à fait opposés les uns à la suite des autres : on dit « oui » au lieu de « non », on a envie de rire quand il faudrait pleurer, etc. Les médecins connaissent bien ce fait singulier que l'émotion produit quelquefois chez les malades : ceux-ci se retournent brusquement sur le ventre, quand on leur dit de se mettre sur le dos[1]. » On voit dans certains cas d'allochirie des contrastes absolument délirants; voici un fait de ce genre que j'ai noté autrefois et qui est trop compliqué pour être analysé dans ses détails. « Léonie était en état de somnambulisme, le côté gauche anesthésique, le côté droit sensible. Je l'ai piquée assez fortement au bras droit, la voici qui pousse un cri et qui commence un singulier délire. Elle se fâche contre sa main gauche qui, dit-elle, est changée, qui n'est plus à elle. De fait, cette main gauche qui était anesthésique est devenue sensible. Il peut donc exister, disais-je à ce propos, un automatisme psychologique encore assez mal connu, il est vrai, qui rattache les images relatives aux deux côtés du corps et éveille ou modifie l'une à propos de l'autre[2]. »

Dans un autre travail, j'ai essayé un peu plus tard de représenter avec plus de précision cette association des deux signes locaux des sensations symétriques. « Les deux sensations symétriques D et G sont très semblables; pendant les périodes d'hypoesthésie elles ont été confondues, et à ce moment, comme on vient de le voir (à propos de l'allochirie simple), il n'y avait plus de distinction des deux côtés du corps. Il en est résulté une association entre ces sensations, telle que la présence de D amène dans l'esprit l'image de G, et réciproquement. Le sujet plus sensible pourrait maintenant les distinguer l'une de l'autre, mais par suite de l'association précédente, il ne les a pas isolément dans l'esprit, mais toujours simultanément ». Cette supposition de l'association et de l'évocation simultanée des signes locaux symétriques chez les malades de ce genre me paraît confirmée par l'observation des phénomènes qui se produisent chez M. quand la sensibilité consciente fait un progrès de plus. On se souvient que

1. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 157. Voir des réflexions analogues à propos de la polarisation psychique dans un travail de MM. Bianchi et Sommer. *Revue philosophique*, 1887, p. 148.

2. *Automatisme psychologique*, p. 157.

nous avons constaté comme 3° degré du phénomène la synchirie et la syncinésie. Dès que le sujet sent un peu mieux il transforme son allochirie complète, il fait le mouvement demandé des deux mains à la fois et croit avoir été pincé des deux côtés à la fois. N'est-ce pas la preuve que les deux images sont associées dans son esprit et évoquées simultanément. Maintenant que son attention est plus fortement dirigée sur ces nuances de la sensation il se rend compte de l'évocation de ces deux signes locaux : la synchirie, lorsqu'elle est consciente, exige une sensibilité plus délicate que l'allochirie simple. Il est probable que cette association des images symétriques a son origine dans la confusion précédente et qu'elle existait déjà dans le degré précédent de sensibilité quand la malade avait de l'allochirie complète et localisait régulièrement du côté opposé.

Le problème de l'allochirie complète me paraît donc se préciser un peu. Il ne reste plus qu'un point inexpliqué ; pourquoi de deux images D et G évoquées simultanément à l'occasion d'une piqûre faite sur la main droite, le malade néglige-t-il, cesse-t-il de percevoir l'une, l'image exacte du point réellement excité D, pour ne conserver dans la conscience que l'autre image celle du point symétrique G. A la suite du passage précédemment cité j'essayais de résoudre ce problème d'une manière probablement bien insuffisante. « Par une illusion je ne sais laquelle, peut-être par cette loi qui nous fait accorder plus d'importance au phénomène final d'une série et oublier le signe quand nous tenons la chose signifiée, il oublie la première sensation provocatrice D, il ne le perçoit pas dans son champ de conscience, il ne saisit que l'image évoquée G. Cette image étant assez nette donne naissance à une localisation assez précise, mais correspondant seulement au point symétrique du point excité »[1]. Peut-être pourrait-on supposer aussi que chez ces sujets les images évoquées sont plus nettes que les sensations évocatrices ; en tous les cas c'est sur ce dernier point que l'interprétation a besoin d'être précisée. Il reste vraisemblable que l'allochirie même complète résulte comme l'allochirie simple de l'hypoesthésie. C'est la diminution de la sensibilité consciente qui, après avoir supprimé la distinction délicate des signes locaux symétriques, a amené la confusion et l'association de ces signes. S'il en est réellement ainsi, il est probable que l'on pourra

1. *Stigmates mentaux des hystériques*, 1893, p. 71.

constater assez fréquemment cette allochirie complète si on la cherche dans certaines conditions à un moment particulier. Il faut à mon avis la rechercher chez des malades qui pour une raison ou pour une autre ont présenté pendant assez longtemps un degré assez accentué d'hypoesthésie et non d'anesthésie complète et qui recommencent à recouvrer une sensibilité plus parfaite sans avoir pu encore s'y bien accoutumer. Quand l'attention devient plus forte elle rend plus nettes les différences des signes locaux symétriques, et détruit leur confusion et leur association. Au dernier terme on voit que M. localise avec précision du côté où est faite l'excitation sans avoir la pensée du côté opposé.

Je suis loin de considérer ces explications comme complètes, il faut probablement considérer encore d'autres facteurs, en particulier l'état des représentations visuelles relatives aux deux côtés du corps, il faudrait tenir compte des origines de cette allochirie, de quelques circonstances fortuites qui ont pu faire naître l'association, de bien des faits en un mot variables selon les sujets.

Je crois seulement avoir précisé les termes du problème en revenant avec plus de détails sur ce cas remarquable d'allochirie hystérique. On a vu dans ce travail que les faits de ce genre, plus complexes qu'on ne le pensait généralement, se rattachaient aux troubles de la perception consciente et ne s'expliquaient pas grossièrement par une inversion imaginaire des conducteurs médullaires ; les détails de cette observation ont montré que l'allochirie dépendait d'une anesthésie plus ou moins profonde, quelle qu'en soit l'origine ; ce phénomène se présentait sous deux formes qu'il est important de distinguer, l'allochirie simple et l'allochirie complète ; la première était l'expression d'un degré particulier, d'une forme spéciale de l'anesthésie rendant impossible la distinction toujours difficile des signes locaux des sensations symétriques, la seconde se greffait sur la première comme le résultat d'une habitude pathologique, d'une association mauvaise encore peu expliquée, en un mot, comme une sorte d'idée fixe élémentaire.

## CHAPITRE VII

### UN CAS D'HÉMIANOPSIE HYSTÉRIQUE[1]

1. Historique. — 2. Un cas d'hémianopsie interne. — 3. Stigmates hystériques, asthénopie, spasme de la convergence, hemi-diplopie monoculaire, hémi-macropsie, hémi-micropsie. — 4. Caractères mobiles et en apparence contradictoires de cette hémianopsie, persistance de la vision subconsciente. — 5. Influence des idées sur le champ visuel, idée fixe du trouble unilatéral de la vision.

Messieurs,

M. le professeur Raymond a bien voulu me permettre de continuer dans son service les recherches psychologiques que j'avais entreprises depuis plusieurs années sous la direction de notre excellent et tant regretté maître, Charcot. Je lui en suis profondément reconnaissant, j'espère que mes travaux pourront quelquefois lui apporter quelques documents pour ses leçons et que, pour une toute petite part, ils pourront, comme les recherches de ses autres élèves, l'assister dans ses efforts pour conserver et accroître la vieille réputation de la clinique.

M. Raymond m'a chargé aujourd'hui de vous présenter un cas pathologique assez curieux par les problèmes et les discussions qu'il a suscités. Ce cas se rattache assez étroitement à mes anciennes études sur l'anesthésie hystérique dont quelques-unes ont été exposées ici même, il y a trois ans. Il s'agit d'un cas d'hémianopsie, de suppression à peu près complète de la moitié du champ visuel et ce symptôme, sans rien affirmer trop catégoriquement, me paraît, pour un ensemble de raisons que vous apprécierez, se rattacher aux phénomènes de l'hystérie. Il s'agit en un mot d'une hémianopsie hystérique.

1. Conférence faite à la Salpêtrière le 25 janvier 1895, publiée dans les *Archives de neurologie*, n° 99, en mai 1895, p. 337.

Cette malade nous présente en même temps l'occasion d'étudier certains troubles fort curieux de la vision qui accompagnent celui-ci et peuvent en préciser le caractère.

## 1. — *Historique.*

Ce symptôme aurait été signalé il y a quelques années avec moins de précautions ; il était, en effet, considéré comme assez commun. Briquet[1] le décrit comme fréquent, ce qui ne laisse pas de nous étonner un peu. Cette opinion était également soutenue dans le travail de Zvynos et de Galezowski[2] et dans la thèse de Bellouard[3]. Mais dans sa thèse de 1882, M. Féré[4] discuta les observations qui avaient été présentées comme des cas d'hémianopsie hystérique et il montra qu'il s'agissait toujours soit d'une hémianopsie véritable en rapport avec une lésion encéphalique, soit du simple rétrécissement concentrique du champ visuel qui est habituel chez les hystériques. En un mot il nia l'existence d'une véritable hémianopsie qui fût sous la dépendance de l'hystérie. La plupart des auteurs qui avaient semblé admettre un moment l'existence d'une hémianopsie hystérique se sont rangés à cette opinion, comme on le voit par la lettre de Rosenthal à Charcot publiée dans la thèse de M. Féré.

Plus tard une notion nouvelle fut introduite dans cette étude par l'examen de certains cas de *migraine ophtalmique* qui semblaient de nature hystérique. Charcot dont les leçons du mardi, 10 janvier 1888[5], M. Babinski[6], M. Fink[7], signalent des phénomènes de migraine avec scotome scintillant d'un côté et même hémiopie transitoire qui semblent bien, d'après leur discussion, devoir être rattachés à l'hystérie. Mais dans ces cas les phénomènes hémiopiques font défaut, ou s'ils existent, ils sont passagers et il a été

1. Briquet, *Traité de l'hystérie*, p. 295.
2. Zvynos, *Amblyopie et amauroses hystériques*, 1873.
3. Bellouard, *De l'hémianopsie*. Paris, 1880.
4. Féré, *Cont. à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales*, 1882.
5. Charcot, *Leçons du mardi*, I, 88.
6. Babinski, De la migraine ophtalmique hystérique. *Archives de neurologie*, 1890, II, 305.
7. Fink, Des rapports de la migraine ophtalmique avec l'hystérie. *Thèse*, 1891.

très difficile, sinon impossible de les apprécier avec précision par l'examen de chaque œil au périmètre. Un examen de ce genre pratiqué par M. Parinaud sur un cas de M. Babinski, il est vrai qu'il s'agissait d'un accès de migraine ophtalmique déterminé par suggestion, n'a montré qu'un rétrécissement concentrique du champ visuel plus accusé qu'à l'ordinaire.

Dernièrement j'ai eu l'occasion d'observer ici même des phénomènes hystériques qui, si l'on peut ainsi dire, simulaient assez bien la migraine ophtalmique, mais parmi lesquels l'hémiopie faisait encore défaut.

Aussi tous les auteurs qui ont parlé de ce phénomène comme M. Greco (de Pise), de l'*Hémianopsie hystérique*, 1891, et M. Gilles de la Tourette dans son *traité de l'hystérie* auquel nous avons emprunté quelques-uns des renseignements précédents admettent-ils que l'hémiopie, si elle existe chez les hystériques à la suite d'accès de migraine ophtalmique, est toujours transitoire et paraît due alors à l'exagération temporaire du rétrécissement concentrique du champ visuel.

Dans ces dernières années, M. Pitres[1] signale le scotome central et l'hémiopie comme possibles dans l'hystérie, sans insister toutefois suffisamment sur ses propres observations, mais il déclare ces phénomènes très rares. Dans mon propre travail sur l'anesthésie, je rappelai que sur un grand nombre d'examens du champ visuel je n'avais jamais constaté chez les hystériques rien qui se rapprochât des phénomènes hémiopiques et je me montrais disposé à considérer ce symptôme comme douteux dans l'hystérie[2]. A la même époque M. S. Freud[3] écrivait : « L'hémiopie n'a pas encore été vue dans l'hystérie et, je pense, elle ne le sera jamais. »

Il n'y a à signaler qu'un seul travail récent qui constate avec précision l'hémiopie, sinon précisément dans l'hystérie, au moins dans une névrose que l'on peut jusqu'à un certain point considérer comme voisine, la neurasthénie. Je veux parler du travail de MM. Déjerine et Vialet « sur une forme spéciale d'hémianopsie fonctionnelle dans la neurasthénie et dans la névrose traumatique[4] ». Les auteurs n'admettent dans les cas qu'ils décrivent aucune

1. Pitres, *Leçons sur l'hystérie*, 1891, t. I, p. 98.

2. Pierre Janet, *Stigmates mentaux des hystériques*. 1893, p. 73.

3. Sigm. Freud, Paralysies motrices organiques et hystériques, *Archives de neurologie*, 1893, II, 36.

4. Déjerine et Vialet, *C. r. de la Société de biologie*. 28 juillet 1894.

altération permanente des centres nerveux ou des conducteurs optiques, mais considèrent ce fait comme « un symptôme oculaire du même ordre que le rétrécissement du champ visuel, ayant la même portée diagnostique et pronostique ». L'opinion que je désire soutenir relativement au cas que je vais vous présenter se rapproche de celle-ci. Elle est donc en opposition avec la plupart des opinions exprimées jusqu'ici sur ce point et elle demande pour être justifiée une étude attentive de ce singulier cas pathologique.

## 2. — *Un cas d'hémianopsie interne.*

La malade que nous allons étudier est une femme de quarante-deux ans que je connais et que j'étudie depuis très longtemps. En effet, et cela n'est pas indifférent pour l'étude des faits que je vous signale, il y a près de cinq ans que j'ai rencontré cette personne pour la première fois dans le service de mon éminent maître M. Jules Falret et que je continue à suivre régulièrement, sans interruptions, tous les incidents de sa maladie. J'ai déjà décrit cette malade sous le nom de « Justine » et j'ai exposé d'une façon assez complète la plupart des accidents qu'elle a présentés autrefois dans un article publié le printemps dernier par la *Revue philosophique*[1].

C'est avant tout une malade à idées fixes ; ce n'est pas là un diagnostic, si vous voulez, c'est au moins l'énoncé du symptôme pathologique de beaucoup le plus important qu'elle a toujours présenté. Pendant vingt années de suite, elle a été tourmentée par une idée fixe à la fois obsédante et impulsive, celle du choléra, et cette idée l'avait mise dans un tel état de délire que l'on venait pour l'enfermer dans le service de M. Falret. Quand cette idée du choléra a été effacée de son esprit par des procédés psychologiques sur lesquels j'ai longuement insisté, j'ai vu surgir dans son esprit d'innombrables idées fixes nouvelles en rapport avec la précédente et en dérivant par association ou sans rapport avec elle. Il semblait vraiment que cet esprit affaibli par l'idée fixe primitive ne fût plus capable de résister aux influences les plus légères qui provoquaient continuellement l'apparition d'idées fixes secondaires.

1. Pierre Janet, Histoire d'une idée fixe. *Revue philosophique*, février 1894, p. 121 et chapitre IV de ce livre.

Toutes ces idées fixes, l'idée primitive comme les idées secondaires, avaient un caractère particulier, elles se présentaient le plus souvent d'une manière spéciale que j'essaie de mettre en lumière depuis quelque temps dans plusieurs travaux. Elles me semblent pouvoir être désignées sous le nom d'*idées fixes de forme hystérique*. Les idées fixes constituent dans la pathologie mentale un véritable chaos, et la plupart des classifications qui en ont été faites sont loin d'être définitives. Il ne me semble pas suffisant de les distinguer en obsessions, impulsions et phobies ; ce sont là des distinctions justes mais un peu superficielles qui tiennent compte du contenu psychologique de l'idée maladive, plus que de sa constitution et de ses lois. Une même idée chez le même malade peut passer par ces trois formes : il est bon, sans doute, de les distinguer ; mais pour étudier la formation, pour déterminer le pronostic et la thérapeutique des idées fixes il faudra, je crois, préciser davantage. Sans chercher à classer pour le moment toutes les idées fixes, je cherche à mettre à part un groupe assez net.

Certaines de ses idées fixes non seulement se présentent chez des hystériques, mais encore possèdent elles-mêmes, dans leur nature, les caractères des phénomènes hytériques. Ces idées sont peu ou même point du tout connues par le malade lui-même qui n'en voit que les conséquences ou les manifestations extérieures. Elles se manifestent complètement dans l'attaque d'hystérie, dans le somnambulisme, en un mot pendant la durée de certains états dans lesquels la conscience normale du malade est interrompue et qui ne laissent pas de souvenirs nets ; ou bien elles se manifestent sous la forme de phénomènes subconscients qui se développent parallèlement à la conscience normale, mais à son insu. Ce sont ces caractères psychologiques dont les conséquences sont fort importantes qui m'ont conduit à désigner ce groupe de phénomènes sous le nom « d'idées fixes de forme hystérique ».

Les idées fixes de la malade que je vous décris se présentaient de cette manière sous forme d'attaques extrêmement curieuses, de somnambulismes, de contractures permanentes, d'écritures subconscientes, etc. A la suite d'un traitement moral assez prolongé, cette prédisposition aux phénomènes subconscients et aux idées fixes diminua et, depuis deux ans, on peut dire que cette personne n'a plus présenté aucun symptôme appréciable.

Il était utile de vous rappeler ces faits pour vous faire mieux

comprendre les phénomènes présents. Depuis quelques mois, à peu près depuis le mois de juin 1894, cette femme a présenté de grandes irrégularités de la menstruation, en particulier des hémorragies utérines considérables au moment de ses époques. Inquiet de ces hémorragies, j'avais même envoyé la malade à M. Potherat qui, avec une obligeance dont je le remercie, a bien voulu examiner son état. Il n'a observé aucune lésion sérieuse et quoique cette personne n'ait que quarante-deux ans, il attribue ces irrégularités et ces hémorragies au début de la ménopause.

Quoi qu'il en soit, ces hémorragies amenèrent un affaiblissement considérable, et probablement un épuisement cérébral, à la suite duquel les troubles nerveux et mentaux qui avaient disparu depuis longtemps réapparurent sous une forme au moins singulière. La malade vint se plaindre à moi vers la fin de décembre de troubles oculaires que nous constatons encore aujourd'hui. D'abord elle décrit un petit détail intéressant mais que nous ne pouvons étudier maintenant, c'est la *persistance des images visuelles*. Quand elle a regardé un objet A et qu'elle passe à un autre objet B, l'image du premier A persiste et empêche de voir le second ; il faut qu'elle attende quelque temps pour que l'image de B apparaisse peu à peu au travers de celle de A. Autrefois Justine a éprouvé des faits analogues, mais c'était alors une certaine image déterminée, un certain objet, toujours le même, qui persistait ainsi et gênait la vision, et le phénomène se rattachait aux idées fixes. Aujourd'hui le même fait se reproduit à peu près constamment pour tous les objets dès qu'ils sont regardés attentivement. Cette persistance des images visuelles semble se rapprocher maintenant d'autres phénomènes, tels que la répétition des mouvements, celle des paroles, etc., qui sont bien caractéristiques chez elle.

Mais nous devons nous occuper plus exclusivement du second symptôme. Quand Justine regardait un objet attentivement, elle s'apercevait qu'un des côtés, le côté situé à sa droite, était mal vu, qu'il disparaissait peu à peu. Au bout de peu de jours ce symptôme s'accentua et au début de janvier elle vint se plaindre *elle-même*, notez le fait, qu'elle ne voyait plus *que le côté gauche* (toujours par rapport à elle) de tous les objets. L'hémiopie qui n'existait au début que pendant les instants de fatigue était devenue permanente : la malade était obligée de faire des mouvements des yeux et de regarder de côté pour voir les objets en

entier, dans la fixation normale elle n'en voyait que le côté gauche.

Aujourd'hui encore Justine décrit complètement les symptômes d'une hémianopsie droite. Pour les vérifier, il faut examiner les yeux au périmètre et constater aussi exactement que possible quel est leur champ visuel; cet examen que j'avais fait d'abord a été répété ensuite par plusieurs personnes, en particulier par M. Parinaud, toujours avec les mêmes résultats. La recherche est facile pour l'œil gauche, elle donne des résultats très nets. Le champ visuel est partout rétréci, il n'est que de 70° du côté externe, mais il est énormément rétréci du côté interne où il est plus petit que 10° (fig. 28). Ce n'est pas, si l'on veut, une hémiopie complète puisque la limite du champ visuel ne passe pas par le point de fixation, mais se trouve 5 à 8° au delà. C'est là un caractère bien

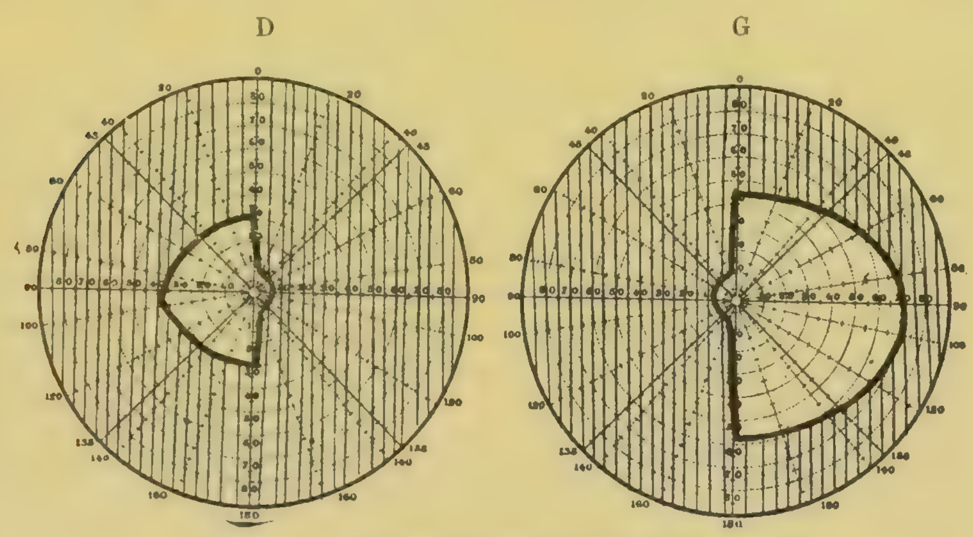


Fig. 28. — Limites du champ visuel hémiopique.

connu des hémiopies de cause centrale dans lesquelles une petite portion du champ visuel entourant le point de fixation est toujours respectée. Malgré ce détail, il y a dans ce cas une perte presque complète de la moitié du champ visuel.

L'examen de l'œil droit est plus difficile pour des raisons que nous étudierons tout à l'heure, mais on peut cependant mesurer le champ visuel. On constate un rétrécissement beaucoup plus considérable que du côté gauche, puisque la limite la plus éloignée est à 35° au lieu de 70°. Mais on observe aussi qu'une moitié du champ visuel est supprimée d'une façon plus complète encore, puisque de ce côté la vision ne s'avance qu'à 5° du centre. En même temps, nous constatons un fait étrange qui m'a beaucoup

surpris, c'est que pour l'œil droit, la partie supprimée est à gauche ; l'hémianopsie est donc interne, elle est nasale, le fait est singulier, mais il faut le constater tel qu'il est. Nous avons donc affaire à une personne qui se plaint de ne voir les objets que du côté gauche et qui à l'examen périmétrique présente un rétrécissement concentrique des deux champs visuels, plus accentué pour l'œil droit avec hémianopsie interne ou nasale.

## 3. — *Stigmates hystériques, asthénopie, spasme de la convergence, hémi-diplopie monoculaire, hémi-macropsie, hémi-micropsie.*

Que cette hémianopsie existe et qu'elle soit permanente, cela est incontestable, mais pouvons-nous rattacher ce phénomène à l'hystérie ? Pouvons-nous dire qu'il s'agit d'une hémianopsie hystérique ? Cette question est fort délicate et, sans me prononcer d'une manière catégorique, je vais vous indiquer certaines remarques qui peuvent, à mon avis, militer en faveur de cette opinion, en réservant pour la dernière le fait à mon avis le plus important.

1° Je dois rappeler d'abord sans y insister outre mesure que la malade est bien réellement une hystérique et qu'elle a déjà présenté un très grand nombre de troubles de la vision bien nettement en rapport avec la névrose. Le fait est loin d'être insignifiant mais il n'est pas démonstratif; car, en réalité, une hystérique peut avoir une hémiopie tenant à toute espèce de cause en dehors de l'hystérie. Nous pouvons supposer ici que cette femme, en outre de son hystérie qui produit le rétrécissement concentrique du champ visuel, a dans son cerveau une lésion quelconque qui exerce une double compression sur chacun des côtés du chiasma de manière à supprimer la vision dans les parties latérales externes de chaque rétine et à réaliser l'hémianopsie nasale[1] que nous voyons; cela est à la rigueur possible. N'insistons donc pas sur les symptômes de l'hystérie, l'aboulie considérable et intéressante, la suggestibilité énorme, les phénomènes amnésiques, les somnambulismes, etc.

Signalons seulement les stigmates de la sensibilité et en particulier les troubles de la vision qui sont intéressants. Justine a été

1. Charcot, *Maladies du système nerveux*, IV, 124. Paris, F. Alcan.

quelquefois au plus fort de sa maladie anesthésique totale. Il est à remarquer que cette anesthésie était en effet plus considérable au moment où les idées fixes étaient plus nombreuses et plus puissantes. Puis elle a été longtemps hémianesthésique à droite. Cette anesthésie qui avait complètement disparu réapparaît, aujourd'hui, la malade n'est pas complètement anesthésique, mais très fortement hypoesthésique sur tout le côté droit du corps. Certaines régions, comme la main droite jusqu'au poignet, sont complètement anesthésiques ; d'autres, comme la région postérieure du bras droit où siégeaient autrefois des contractures, sont plutôt

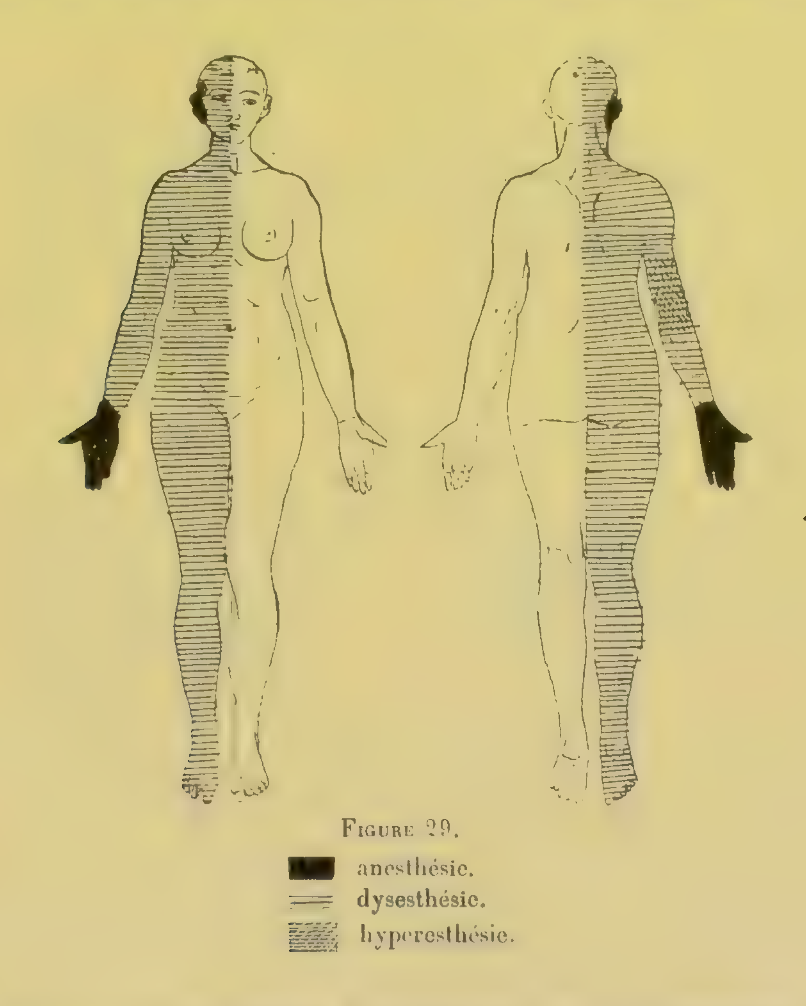


FIGURE 29.

anesthésie.
dysesthésie.
hyperesthésie.

dysesthésiques, c'est-à-dire présentent une hypoesthésie douloureuse. Vous remarquerez aussi une plaque d'anesthésie bien intéressante qui occupe toute l'oreille externe et la région du visage et de la tête immédiatement environnante (fig. 29). Cette anesthésie de l'organe externe se rattache, suivant une loi bien connue, à une anesthésie de l'organe interne. L'ouïe est presque abolie du côté droit. La malade n'entend facilement que les sons très violents et le tic tac de la montre n'est perçu que tout près de

l'oreille. Détail particulier, les sons ainsi perçus par l'oreille droite semblent à la malade venir du côté gauche, il y a là, si on peut me permettre ce barbarisme, une véritable allochirie de l'oreille, analogue au trouble des sensations visuelles qui a été signalé par M. Magnin et que j'ai étudié dans le chapitre précédent. Les autres sens sont aussi très fortement touchés, le sens musculaire est presque complètement aboli à droite, le sens du goût et celui de l'odorat sont complètement supprimés des deux côtés.

Quant au sens visuel qui nous intéresse plus particulièrement, il a présenté et il présente à un haut degré les caractères hystériques. Les couleurs sont bien distinguées par les deux yeux, mais l'acuité visuelle est très faible. Avec correction de — 1 elle est de un tiers à gauche et de un dixième à droite. Il est vrai que l'examen de cet œil est difficile parce qu'il présente à un haut degré un spasme de l'accommodation qui sera étudié tout à l'heure.

Le champ visuel des deux yeux a toujours été extrêmement variable : dans les instants de santé morale il grandissait jusqu'à devenir presque normal. J'ai montré dans ces moments qu'il suffisait d'attirer plus fortement l'attention de la malade sur le point central pour déterminer un rétrécissement considérable de ce champ visuel en apparence normal[1]. D'ailleurs le plus souvent le champ visuel était rétréci cencentriquement comme il l'est encore maintenant.

J'ai déjà insisté dans un précédent travail, auquel je vous renvoie[2], sur une asthénopie curieuse que présentait autrefois cette malade. Elle ne pouvait fixer longtemps les yeux sur un objet, au bout d'une minute à peine, ses yeux se brouillaient, se remplissaient de larmes, elle souffrait dans la tête surtout dans la région frontale, disait-elle, et cessait de voir. Le même phénomène, d'ailleurs, pouvait être observé quand elle essayait de prêter attention à un son faible, souffrance rapide et surdité passagère. Au bout de quelques instants, la vue ou l'ouïe se rétablissait pour disparaître de nouveau, si l'effort d'attention était continué.

Depuis l'époque où j'ai décrit ce symptôme, j'ai eu l'occasion d'observer chez cette malade une autre forme d'asthénopie voisine

1. *Op. cit.*, p. 146 et *Stigmates mentaux des hystériques*, p. 76.
2. *Op. cit.*, p. 145 et chap. IV de cet ouvrage.

de celle-là mais plus curieuse. L'effort d'attention visuelle amenait un trouble non pas uniquement subjectif mais objectivement appréciable dans l'aspect des yeux de la malade. Les yeux ont d'ordinaire un aspect normal, dirigés parallèlement avec des pupilles de grandeur moyenne, la pupille droite presque toujours plus petite que la gauche, quel que soit l'éclairage.

Quand le sujet fixe un objet pendant quelques instants, nous constatons trois modifications : 1° les deux yeux convergent d'une manière exagérée jusqu'à se placer fortement en strabisme interne, l'œil droit plus encore que l'œil gauche ; 2° les pupilles se resserrent, et dans les deux yeux elles deviennent punctiformes ; 3° enfin la malade se plaint que l'objet considéré devient tout petit




Fig. 30. — A. les yeux de Justine à l'état normal, d'après une photographie, la pupille droite plus petite que la pupille gauche. B. aspect des yeux de Justine au moment du spasme de la convergence, d'après une photographie des yeux à ce moment.

et s'éloigne démesurément, elle étend le bras pour le toucher bien au delà de sa position réelle. On admet en général, et c'est l'opinion soutenue par M. Parinaud que cette apparence d'éloignement et de petitesse, cette micropsie est liée à un spasme de l'accommodation, une contracture du muscle ciliaire. Nous notons donc trois phénomènes simultanés, strabisme interne, myosis et spasme de l'accommodation. Les yeux prennent alors un aspect bizarre dont on peut se faire une idée par la seconde partie de la figure 30. Je remercie vivement M. le Dr Vincent de l'obligeance avec laquelle il a bien voulu dessiner cette figure d'après deux photographies.

M. Parinaud a surtout étudié le phénomène inverse, la *paralysie de la convergence*[1], qui est fréquent chez les hystériques ; à propos de sujets qui semblent présenter de la *paralysie de la divergence*, il indique la possibilité d'une *contracture de la convergence*. Dans une autre étude[2] il signale avec plus de précision des cas où cette contracture est manifeste : il insiste avec raison sur la diplopie binoculaire qui en résulte. Cette diplopie ne se manifeste chez notre malade que difficilement, d'abord parce que le strabisme est extrême et ensuite parce qu'elle fait abstraction des images fournies par un œil. Sauf sur ce point l'observation de Justine est analogue à celles publiées par M. Parinaud, elle me semble seulement plus complète, car au spasme de la convergence qui est extrême s'ajoutent non seulement le spasme de l'accommodation mais encore le myosis.

Il est facile de remarquer que ces trois phénomènes existent chez l'homme normal qui fait un effort d'attention visuelle, les yeux convergent, les pupilles se contractent et le cristallin s'accommode ; mais ici il y a une exagération énorme de ces phénomènes qui, une fois commencés, se développent démesurément et persistent malgré la volonté du sujet. En effet, ce spasme peut persister chez elle, et nous l'avons vu se prolonger une demi-heure. Tout d'un coup le malade sursaute, pousse un cri en portant les mains à ses yeux, c'est que le spasme s'est défait brusquement, et cette cessation cause une grande douleur dans les muscles de l'œil. Le même phénomène oculaire se produit quand il y a attention auditive, ou même attention intellectuelle. Comme toujours on note dans l'hystérie une dissociation des centres et des fonctions qui s'exercent isolément l'une de l'autre, c'est la fonction de la convergence et de l'accommodation oculaires dans l'attention qui ont pris une sorte d'indépendance pour produire ce spasme de la convergence.

Le trouble précédent est loin d'être constant chez notre malade, il est plutôt rare, car d'ordinaire elle est bien loin de faire des efforts de convergence exagérés, elle présente au contraire un autre trouble de la vision tout à fait inverse que j'ai étudié autrefois sur elle avec l'aide de M. Parinaud.

1. H. Parinaud, Paralysis of the movement of the convergence of the eyes. *Brain*, part. XXV, 1886.
2. H. Parinaud, *Paralysie et contracture de la convergence*, 1890.

Elle manque presque complètement, surtout dans les périodes de fatigue, de la vision binoculaire. Quoique les deux yeux soient ouverts et que chacun d'eux soit capable de voir si on l'examine isolément, les images fournies par les deux yeux ne fusionnent pas, et la malade n'a en réalité que la vision monoculaire alternante ; elle voit tantôt d'un œil tantôt de l'autre, et de préférence elle voit par l'œil gauche. Je ne puis étudier ici chez elle cette absence de vision binoculaire qui nous entraînerait trop loin. M. Parinaud disait fort bien, comme vous le savez, que la vision monoculaire est la vision animale, tandis que la vision binoculaire est la vision proprement humaine et que chez les dégénérés celle-ci disparaît pour ne plus laisser subsister que la vision élémentaire, animale. J'ai essayé de montrer aussi que cette vision binoculaire demande dans l'esprit un effort de synthèse, un fonctionnement cérébral supérieur, et que l'absence de cette synthèse caractérise tous les phénomènes hystériques[1]. Vous n'êtes pas surpris de voir ce trouble de la vision juxtaposé au précédent. Les hystériques semblent avoir le monopole de ces contrastes, elles unissent fort bien les paralysies et les contractures qui sont d'ailleurs des phénomènes fort voisins l'un de l'autre. Si la fonction s'exerce indépendamment, comme je vous le disais, le sujet en perd la libre disposition. Aussi ne devez-vous pas être surpris de voir la même malade présenter des spasmes de la convergence, quand elle est d'autre part incapable d'exercer la vision binoculaire.

Quoi qu'il en soit, cette perte de la vision binoculaire est à retenir, car elle explique un des caractères embarrassants de l'hémiopie que nous considérons. En effet, vous avez déjà été frappés d'un fait curieux, c'est la contradiction au moins apparente entre le langage de la malade et l'examen objectif des champs visuels. La malade se plaint en entrant de ne voir que le côté gauche des objets, vous avez tout de suite pensé à une hémianopsie homonyme du côté droit et vous vous attendiez à trouver le schéma du champ visuel également rétréci des deux côtés droits. Au lieu de cela, c'est une hémianopsie nasale que nous présente le schéma. Je ne puis pas vous prouver le fait par un exemple, car les cas d'hémianopsie nasale sont rares ; mais je ne crois pas qu'une hémianopsie nasale donne au malade, quand les deux yeux sont ouverts, la sensation d'une hémianopsie droite. Le malade devrait bien plutôt, à

1. *Revue philosophique*, février 1894, p. 147.

mon avis, voir le côté droit et le côté gauche des objets, mais être gêné par une bande plus ou moins sombre qui cacherait leur milieu. La déclaration de notre malade est donc au moins singulière.

Eh bien, c'est, à mon avis, le trouble précédent de la vision binoculaire qui détermine l'apparence que prend ici l'hémiopie ; car la malade, quoique ayant les deux yeux ouverts, ne perçoit en réalité que les sensations de l'œil gauche et fait abstraction de celles de l'œil droit. Le phénomène de l'hémianopsie s'accompagne donc ici d'un phénomène hystérique intimement lié avec lui.

Nous n'avons pas terminé ce qui a rapport à cette importante fonction de la vision binoculaire. Dans les rares circonstances où la malade fait fonctionner ses deux yeux elle éprouve un trouble nouveau que vous devinez d'avance, elle voit double. C'est ici la fonction de fusionnement des images, comme dirait M. Parinaud, qui disparaît à son tour.

A côté de cette diplopie binoculaire s'en présente une autre plus difficile à interpréter, la diplopie monoculaire. Je ne puis entrer ici sur les discussions que comporte l'interprétation de ce fait. Vous savez que M. Parinaud le rapporte exclusivement au spasme de l'accommodation. Cela me paraît en partie vrai: ce spasme existe chez Justine, son amplitude d'accommodation est de moins d'une dioptrie; au point pour lequel les yeux de ces sujets sont accommodés, la diplopie monoculaire disparaît pour reparaître en deçà et au delà. En deçà, elle sera supprimée par l'usage d'un verre positif, au delà, par celui d'un verre négatif; chez une autre malade, Ma., la diplopie monoculaire disparaît simplement par l'usage d'un lorgnon. J'ai cependant soutenu avec d'autres auteurs que ce spasme n'était qu'une des conditions du phénomène. Ce spasme rend les sensations visuelles troubles et confuses, mais il faut, le plus souvent, admettre en outre une certaine modification cérébrale qui détermine une interprétation particulière de ces sensations insuffisantes[1]. La façon au moins singulière dont la diplopie monoculaire s'est présentée chez notre malade dans ces derniers temps me paraît confirmer cette hypothèse.

Voici comment Justine décrivait il y a quelques mois ses im-

1. *Accidents mentaux des hystériques*, 1893, p. 73.

pressions : « Quand je regarde fixement un objet, dit-elle, le côté gauche m'apparaît plus clairement, mais le côté droit est mal vu parce qu'il se dédouble, *l'une des moitiés de votre figure est simple, l'autre est double* ». On peut par une petite expérience préciser le fait : au milieu d'une ligne droite je mets une petite croix et à chaque extrémité une lettre A, B. Si la malade regarde fixement la croix centrale, d'un seul œil, de l'œil gauche elle voit la lettre A à gauche simple et la lettre B à droite double. Sur le périmètre on peut déterminer la partie du champ visuel où les objets sont doublés, c'est la partie interne pour l'œil gauche, la partie droite, il s'agit donc d'un fait assez bizarre et encore peu décrit, je crois, d'une *hémi-diplopie monoculaire*.

Je ne sais trop si l'on pourrait expliquer par une modification du cristallin sous l'influence du spasme accommodateur, cette illusion bizarre, mais je remarque surtout qu'elle nous présente, dans un symptôme nettement hystérique, la diplopie monoculaire, des troubles limités à une moitié du champ visuel qui nous font penser à l'hémiopie.

Le même caractère, encore plus net, va se présenter à propos de deux autres phénomènes bien nettement hystériques, la micropsie et la macropsie. Ces deux phénomènes se présentent depuis fort longtemps chez notre malade ; pendant une période elle voit les objets trop grands, les gens sont si gros qu'elle n'en peut voir que la tête, les feuilles d'arbre sont comme des serviettes, les objets deviennent quelquefois si gros qu'ils semblent éclater et en général, après cette illusion, quand les objets ont éclaté, le phénomène cesse ; puis pendant d'autres périodes, elle verra les gens tout petits et loin, loin. Le spasme de l'accommodation qui produirait déjà la diplopie doit encore, d'après M. Parinaud, expliquer ces phénomènes. On me permettra de trouver l'explication un peu vague, mais je ne puis aujourd'hui m'arrêter sur ce petit problème extrêmement intéressant, à mon avis, pour l'étude de la perception extérieure, je veux simplement insister sur un aspect nouveau que ces phénomènes ont pris chez cette personne depuis quelques mois. Ce n'est plus l'objet tout entier qui diminue ou grandit, *c'est un seul côté*, *toujours le droit*, qui devient tout petit ou qui grandit démesurement pendant que l'autre paraît rester normal. Le fait se produit spontanément les deux yeux ouverts, il persiste quand on ferme l'œil droit et qu'elle regarde avec l'œil gauche

seul. C'est donc, si je puis ainsi dire, de l'*hémi-micropsie* et de l'*hémi-macropsie monoculaires*. Que se passe-t-il si l'on ferme l'œil gauche et si on force la malade à regarder avec l'œil droit seul. Le résultat est variable, quelquefois le phénomène persiste, mais cette fois c'est le *côté gauche* du champ visuel qui subit ces altérations, exactement comme nous le voyons aujourd'hui pour l'hémianopsie. Le plus souvent cependant il n'en est pas ainsi et le phénomène s'est étendu à tout le champ visuel de l'œil droit. Ce n'est plus que de la macropsie ou de la micropsie, totale pour tout le champ visuel telle qu'on l'observe d'ordinaire. Jamais je n'ai observé l'altération portant seulement sur la partie droite du champ visuel de l'œil droit, c'est-à-dire l'altération homonyme de celle qui existe dans l'œil gauche.

Le fait ne me paraît pas absolument isolé. Depuis que je recueille avec intérêt les observations de macropsie, j'ai l'habitude pour préciser l'observation de faire cette petite expérience. Sur un papier blanc je trace une petite raie noire AB ou un petit carré d'un centimètre de côté C ; je prie le malade de regarder attentivement cette figure et de suivre avec un crayon les limites telles qu'elles lui apparaissent. Je conserve ainsi dans certains cas nets comme un graphique de l'illusion. Dans une collection de dessins de ce genre je remarque les deux figures suivantes que je vous soumets. Il s'agit de la même malade Ma. qui, vous le voyez, agrandit beaucoup plus les objets et en particulier cette ligne d'un côté que de l'autre (fig. 31). Dans la figure 32 vous voyez même qu'elle n'arrive jamais à atteindre la limite du carré, limite qui en grandissant fuit toujours dans le même sens. Cette dernière observation et quelques autres me donnent à penser que des mouvements involontaires des yeux doivent jouer un rôle dans cette appréciation fausse des dimensions. On trouvera dans le second volume de cet ouvrage l'observation plus complète de Ma. et des sommeils hystériques qu'elle présente. Il suffit de noter ici qu'elle a peu d'anesthésies, elle ne présente que des plaques variables d'hypoesthésie disséminées à droite et à gauche. La vision est très altérée dans l'œil gauche dont l'acuité n'est que 1/3 et qui voit les objets très confusément ; la vue est beaucoup plus nette à

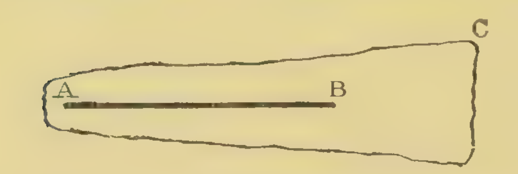



Fig. 31. — A B ligne présentée au sujet. C figure dessinée par le sujet en essayant de suivre avec un crayon les contours apparents de la ligne AB.

droite. L'acuité de l'œil droit est presque normale et le champ visuel n'est pas rétréci. Les dessins que je reproduis sont faits par la malade quand elle regarde avec l'œil droit seul. La malade ne peut faire ces dessins en regardant avec l'œil gauche, les lignes sont trop confuses. Le phénomène dépend surtout d'un spasme de l'accommodation, il disparaît quand l'objet est placé à 60 centimètres, au point pour lequel l'œil droit reste accommodé. J'insiste seulement ici sur l'irrégularité du grossissement de l'objet, plus considérable du côté droit que du côté gauche.

Ces discussions sont en dehors de notre problème actuel.

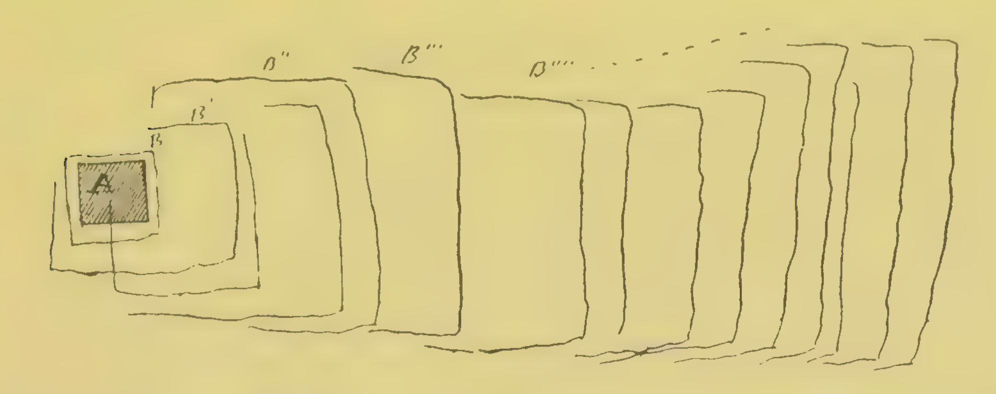



Fig. 32. — A, carré présenté au sujet Ma. B, B′ B″, etc., figures dessinées par Ma, en cherchant à suivre le côté droit de ce carré qui grandit et qui se déplace à droite.

Nous ne pouvons que signaler les combinaisons bizarres de tous ces symptômes qui furent réalisées chez cette malade, l'association de la diplopie monoculaire avec la macropsie ou la micropsie. Justine eut, par exemple, un jour de l'*hémi-macropsie et de l'hémi-diplopie monoculaires combinées;* l'œil gauche seul étant ouvert, le côté droit des objets paraissait à la fois double et grand. Retenons surtout, comme je l'ai déjà fait remarquer, cette disposition de la malade à présenter des troubles hystériques localisés dans la moitié droite du champ visuel. Cela ne prouve pas sans doute que l'hémianopsie actuelle soit de nature hystérique, mais cela donne quelque vraisemblance à cette opinion.

### 4. — *Caractère mobile et en apparence contradictoire de cette hémianopsie, persistance de la vision subconsciente.*

Peut-on aller plus loin dans la démonstration? Oui, on pourrait

rechercher dans ce cas d'hémianopsie les deux caractères que j'ai autrefois décrits comme essentiels dans les anesthésies hystériques. Ces anesthésies, disons-nous, sont *mobiles* et, au moins en apparence, *contradictoires*. En premier lieu, les anesthésies disparaissent sous différentes influences, les attaques, les somnambulismes, les suggestions, les efforts d'attention, etc. Ce premier caractère de la mobilité n'a pu être vérifié encore dans le cas présent : d'abord la malade n'a plus d'attaques et je n'ai pas l'intention de chercher à les faire réapparaître. Elle a, il est vrai, des somnambulismes très faciles à provoquer, mais, par une fâcheuse circonstance, il m'est impossible de lui faire ouvrir les yeux en somnambulisme ; il faudrait pour obtenir ce résultat toute une éducation qui ne serait pas sans inconvénients et dont les résultats au point de vue expérimental manqueraient de précision. Il est vrai que la malade est très suggestible et que cette hémianopsie, si elle est hystérique, doit disparaître par suggestion. C'est tout à fait mon avis, et je vous dirai même que je suis à peu près sûr qu'il va en être ainsi très rapidement. C'est afin de pouvoir vous la présenter aujourd'hui que je n'ai pas fait de suggestions dans ce sens, qui ne tarderaient pas à modifier les phénomènes[1].

Quant au deuxième point, le caractère en apparence *contradictoire* de cette hémianopsie, c'est au contraire un fait essentiel dont l'importance me paraît ici tout à fait prépondérante. Vous

1. Le traitement de cette hémianopsie a été commencé aussitôt après la conférence et il a confirmé pleinement nos hypothèses. Le champ visuel, même du côté interne était mobile et pouvait être déplacé par diverses causes d'ordre moral, l'attention, l'association des idées, la suggestion. Cette mobilité a permis d'obtenir la guérison en quelques jours. Cette guérison a été accompagnée de phénomènes intéressants. La malade s'est plainte de souffrances violentes dans la tête au moment où se produisit cet élargissement du champ visuel. J'ai déjà insisté sur ses douleurs étranges qu'éprouvent plusieurs malades au moment où l'on triomphe de leurs idées fixes, au moment où l'on modifie gravement leurs anesthésies ou leurs amnésies, c'est-à-dire la répartition de leur activité cérébrale. Malheureusement je n'ai pas pu constater chez cette malade plus que chez les autres de localisations bien précises de cette douleur. Cette douleur semble chez cette malade siéger toujours dans la partie antérieure et médiane du crâne quel que soit le phénomène provoqué. Au moment où la vue gagnait en étendue, elle a semblé perdre son acuité : le champ visuel était plus grand, mais la vision était devenue plus trouble. C'est encore un exemple de ces équivalences si curieuses qui se manifestent quand on déplace les phénomènes hystériques et qui sont le point de départ des transferts. Actuellement, l'hémianopsie a disparu, le rétrécissement concentrique du champ visuel persiste seul, car on ne peut supprimer ce dernier symptôme que d'une façon momentanée.

connaissez les travaux déjà anciens de Charcot et Régnard en 1878, de M. Parinaud en 1886 qui ont montré des faits bien embarrassants relatifs à l'achromatopsie hystérique. La sensation que les malades déclaraient ne pas percevoir se manifestait cependant par des signes indubitables, par exemple une couleur rouge non perçue par le sujet lui faisait éprouver cependant une image consécutive verte. En 1886 et 1887, j'ai abordé moi-même l'étude de ces faits et j'ai montré que l'on pouvait donner au sujet des suggestions ayant pour point de repère une sensation déterminée du côté insensible et que la suggestion s'exécutait cependant très régulièrement[1]. J'ai appliqué plus tard ce procédé à l'étude du rétrécissement du champ visuel et j'ai présenté ici même quelques-unes de ces expériences. Une hystérique dont le champ visuel était réduit à un point, à 5°, s'endormait immédiatement dès que mon doigt qui servait de signal était sur le périmètre au degré 75[2]. Bien entendu, la contradiction présentée par ces observations n'est qu'apparente : la sensation est supprimée pour la perception personnelle, elle persiste diminuée, et surtout incomplète d'une manière subconsciente.

C'est cette dernière expérience que je me propose de répéter pour déterminer définitivement la nature hystérique de l'hémianopsie de notre malade. Profitant de son extrême suggestibilité, j'ai suggéré à cette malade pendant le somnambulisme deux choses : 1° elle doit lever le bras malgré elle, quand je lui pince la main ; 2° elle doit également lever la main quand elle voit un papier sur mon front. C'est là une suggestion à point de repère qui s'exécutera comme vous le savez par le mécanisme de l'association des idées, au moment où la sensation tactile du pincement, la sensation visuelle du papier sur mon front existera d'une manière quelconque dans l'esprit de la malade.

Eh bien, je lui pince la main *droite,* la main anesthésique comme vous savez, et le bras se lève brusquement. Quoique la malade déclare n'avoir rien senti ni de la sensation, ni du mouvement, ce qui s'explique par son anesthésie tactile et musculaire ; nous pensons cependant que cet acte subconscient a dû être déterminé par une sensation également subconsciente. La persistance de cette sensation, malgré l'anesthésie apparente de la main

1. Anesthésie et dissociation. *Revue philosophique*, 1887, I, 467.
2. *Archives de neurologie*, mai 1892.

droite, nous démontre qu'il s'agit là d'un trouble de la perception personnelle, d'une anesthésie d'assimilation, en un mot, d'une anesthésie hystérique.

Eh bien, les choses se passent exactement de la même manière pour les yeux. Les deux yeux ouverts, la malade me regarde et déclare ne voir que le côté gauche de ma figure (par rapport à elle), « le côté droit, dit-elle, est invisible ». J'approche doucement, ou bien une autre personne approche un petit morceau de papier blanc de mon front. Au moment où ce papier touche mon front à droite, le bras de la malade se lève quoi qu'elle déclare n'avoir

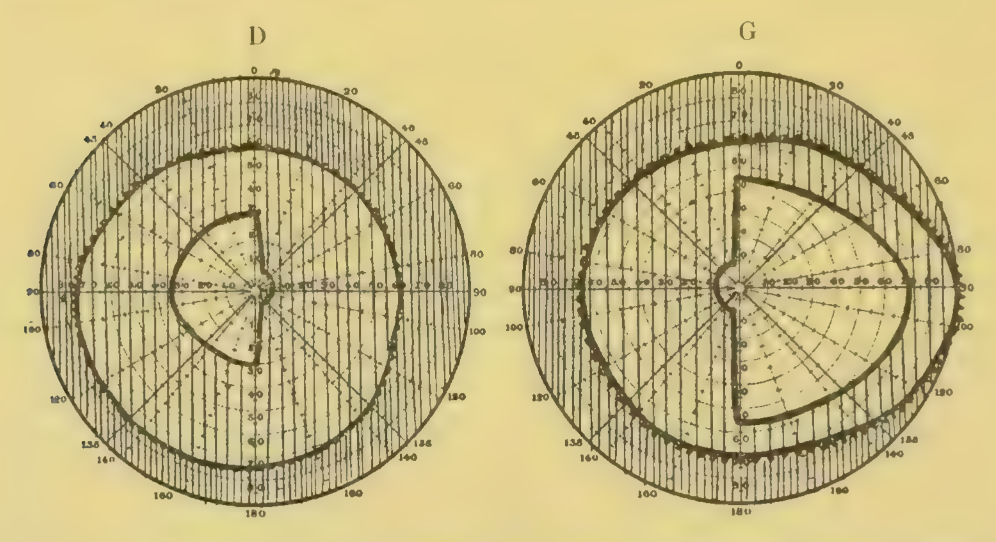



Fig. 33. — ———— Limite du champ visuel conscient. ▲▲▲▲ Limite du champ visuel subconscient.

rien vu. C'est la même expérience et elle a, à notre avis, la même conclusion.

Cette expérience peut être faite avec plus de précision en usant du périmètre. Grâce à des suggestions appropriées qui déterminent des mouvements subconscients quand des papiers blancs ou même de couleur sont visibles sur le périmètre, on peut déterminer chez cette femme le champ visuel subconscient et il est intéressant de le mettre en parallèle avec le champ visuel conscient qui est, comme vous savez, hémiopique (fig. 33).

Cette expérience est démonstrative, elle nous montre la persistance des sensations subconscientes malgré l'anesthésie rétinienne et démontre la nature hystérique de cette hémianopsie.

Une notion importante résulte donc de cette longue démonstration. De même que l'hémianopsie peut se présenter dans la neurasthénie (Déjerine et Vialet), elle peut aussi se présenter

dans l'hystérie et dans ce cas ce symptôme, comme le disaient déjà MM. Déjerine et Vialet, n'a pas d'autre signification diagnostique et pronostique que celle du rétrécissement concentrique du champ visuel.

## 5. — *Influence des idées sur le champ visuel, idée fixe du trouble unilatéral de la vision.*

Cherchons donc maintenant, en restant dans le domaine des phénomènes hystériques, à expliquer par quel mécanisme un tel symptôme a pu être réalisé. S'il s'agissait d'une hémiopie homonyme véritable, on serait justement tenté de chercher une explication anatomique et de rattacher le symptôme à un épuisement particulier de l'un des lobes occipitaux, épuisement fonctionnel qui ne supprimerait pas la sensation élémentaire comme ferait une destruction de ce lobe, mais qui supprimerait la conscience, la perception personnelle. Cette hypothèse et sa discussion pourraient être intéressantes. Mais j'avoue que dans ce cas, en présence d'une hémianopsie nasale de cette nature, une localisation anatomique du trouble singulier qui préside à sa formation me paraît bien audacieuse. Remarquez en effet que les troubles affectant une moitié du champ visuel n'ont jamais été chez cette malade homonymes pour les deux yeux, la moitié atteinte a toujours été la moitié droite pour l'œil gauche, la moitié gauche pour l'œil droit ou bien tout le champ visuel pour l'œil droit. Il y a probablement un trouble dans le fonctionnement des centres occipitaux, surtout dans l'hémisphère gauche; mais quel est-il ? Comment peut-il produire les phénomènes que nous constatons ? Commençons par exprimer les faits avec le plus de précision possible dans le langage psychologique, c'est-à-dire par les décrire tels qu'on les observe; il sera toujours facile plus tard de les traduire en langage anatomique. Il est surtout utile pour préciser les faits de bien déterminer ce qui, dans chacun d'eux, dépend des idées, des interprétations du sujet qui jouent, comme vous le savez, un si grand rôle. En éliminant ces apparences surajoutées qui, chez les hystériques surtout, compliquent toujours les symptômes, nous réduirons les faits à leurs caractères essentiels et nous préparerons leur localisations anatomique.

Il est incontestable que les idées fixes, les émotions persistantes, peuvent jouer un rôle dans l'étendue et dans la fixation des limites du champ visuel. On n'a pas encore décrit beaucoup de cas dans lesquels la forme du champ visuel ait été déterminée par les idées des malades, mais c'est peut-être que l'attention des observateurs n'a pas été attachée sur ce point. Permettez-moi de vous rappeler un fait qui m'a paru frappant et que je retrouve dans mes notes. Une malade, Gu..., à la suite de divers incidents (elle a vu le cercueil de son père entouré de fleurs rouges), a conçu une horreur invincible pour la couleur rouge. C'est là un fait fréquent chez les hystériques qui ont des associations d'idées extrêmement tenaces et puissantes quoiqu'elles ne s'en rendent pas toujours compte. Si on force Gu... à regarder trop longtemps une couleur rouge, elle a une attaque d'hystérie dans laquelle elle voit encore le cercueil, les fleurs rouges, etc. En prenant des précautions, on peut déterminer

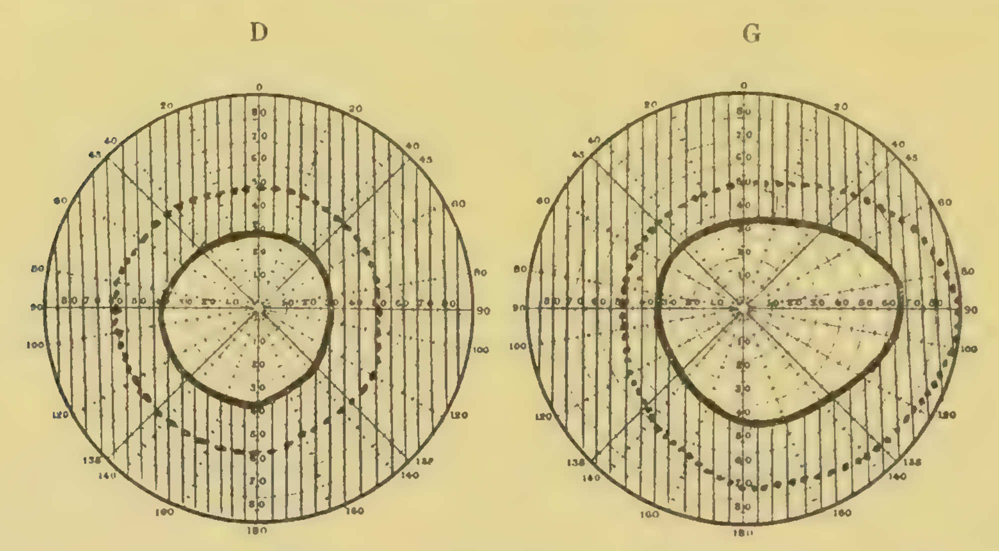



Fig. 34. — Champ visuel de Gu. ——— Limite du champ visuel pour la couleur blanche. — — —·— Limite du champ visuel pour la couleur rouge.

chez elle le champ visuel conscient pour le blanc et les limites de ce même champ visuel pour le rouge. On constate alors que le champ visuel du blanc est fortement rétréci concentriquement, tandis que le champ visuel du rouge est beaucoup plus grand que celui du blanc, presque normal du côté gauche (fig. 34). Cette persistance du champ visuel rouge en dehors de celui du blanc n'est dû évidemment qu'à l'attention particulière attachée par la malade à cette couleur ; et le champ visuel est évidemment ici modifié par l'idée fixe par l'émotion systématique.

Nous pouvons arriver à la même notion au moyen des expé-

riences de suggestion. Je ne vous ai pas encore parlé des effets de la suggestion sur le champ visuel, car ces expériences ne servaient à rien pour établir le point délicat en question à savoir la nature hystérique du phénomène. Qu'un phénomène puisse être reproduit par suggestion, cela ne prouve en aucune manière qu'il est toujours de nature hystérique : on a pu reproduire des vésicatoires par suggestion. Il faut démontrer la nature hystérique d'un phénomène par l'analyse même du fait indépendamment de ses reproductions ou imitations expérimentales. Mais, la nature hystérique du phénomène étant déterminée, on peut étudier les effets de la suggestion pour comprendre le mécanisme de sa production, pour voir si les idées peuvent jouer un rôle dans son évolution. C'est bien ainsi je crois que procédait Charcot dans ses analyses célèbres des cas de monoplégie brachiale hystérique.

Si nous étudions donc les effets de la suggestion sur le champ visuel, nous arrivons à un résultat facile à prévoir. Vous savez qu'en réalité la sensibilité rétinienne n'est pas supprimée dans l'hystérie, mais seulement troublée d'une manière particulière. Il est donc vraisemblable que suivant la direction de leur attention, suivant les idées qui modifient leurs perceptions conscientes, leur champ visuel peut se modifier de bien des façons. J'ai déjà montré, comme beaucoup d'auteurs, qu'il peut s'élargir énormément et redevenir momentanément normal, qu'il peut se rétrécir aussi par suggestion, se réduire à un point et même disparaître dans l'amaurose complète. Tout cela est incontestable.

Peut-on maintenant le déformer d'une façon plus irrégulière, en supprimer seulement une partie. Je vous rappellerai seulement à ce sujet une expérience bien connue, celle des anesthésies systématisées. On peut par suggestion faire disparaître telle personne, tel objet même considérable ; n'est-ce pas en réalité supprimer une partie plus ou moins considérable du champ visuel, faire en sorte que le sujet ne voie pas ce qui est à sa droite ou à sa gauche. Si ces expériences sont possibles, il doit être également possible de supprimer par suggestion directe la moitié du champ visuel.

C'est d'ailleurs ce que l'expérience vérifie très facilement. J'ai suggéré à une hystérique qu'elle était devenue à moitié aveugle d'une manière singulière, qu'elle ne voyait plus que la moitié des objets. Le fait s'est parfaitement réalisé, autant du moins que l'on pouvait le constater par son attitude et son langage, car un phé-

nomène subjectif comme la perception des objets ne peut pas se constater autrement. Mais, dira-t-on, cette hémiopie n'est pas constatée par des procédés objectifs, par l'examen objectif, c'est là un mot que j'ai souvent vu employé à propos de l'examen du champ visuel. Entendons-nous, l'examen du champ visuel par le procédé du périmètre n'est pas du tout un examen objectif, un examen physique dans lequel les sentiments subjectifs du sujet ne jouent aucun rôle, tel qu'est, par exemple, l'examen du fond de l'œil. C'est toujours une interrogation du sujet qui est simplement un peu plus précise. Eh bien, l'hémianopsie suggérée se constatera

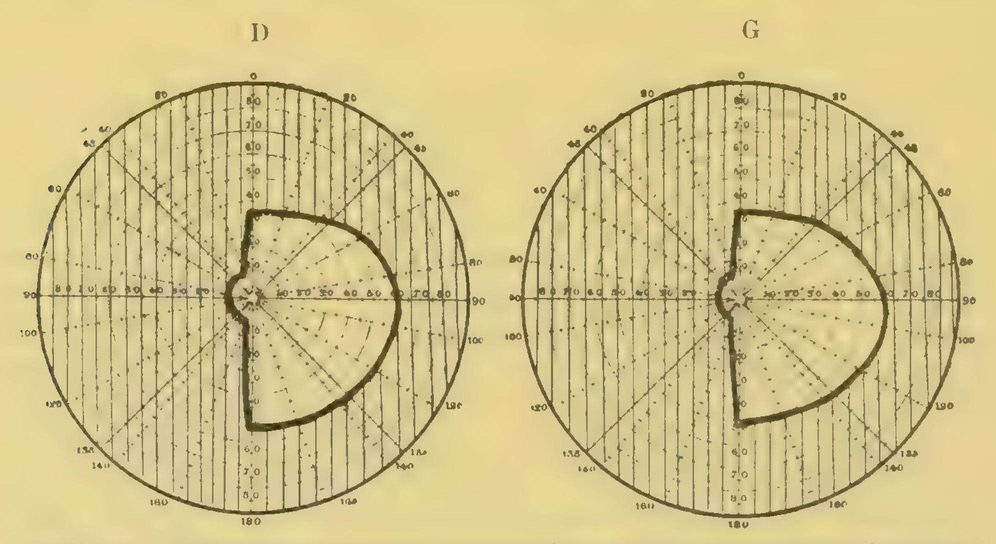



Fig. 35. — Hémianopsie droite homonyme déterminée par suggestion chez Bri.

par l'examen au périmètre, si la suggestion est donnée avec assez de précision ; deux fois j'ai constaté des hémiopies suggérées que je pouvais parfaitement relever au périmètre et dont je donne ici un exemple (fig. 35). Cette dernière constatation répond donc à la question que nous nous sommes posée ; oui, le champ visuel peut être modifié par les pensées, les émotions du sujet et une hémianopsie peut être réalisée par idée fixe, quelle que soit d'ailleurs la modification inconnue que la suggestion, l'idée ou l'émotion déterminent dans les centres occipitaux.

Mais en est-il bien ainsi dans le cas de Justine? Quelle est la singulière idée fixe que plus ou moins consciemment cette personne peut avoir eue relativement à un fait aussi peu habituel. Il est bien difficile de rien préciser, je me garde sur ce point d'aucune affirmation et je me borne à vous proposer quelques remarques.

Le fait principal, ne l'oublions pas, c'est l'hémianopsie droite, la perte de la vision du côté droit qui se manifeste soit dans la vision monoculaire par l'œil gauche, l'œil le plus valide, soit même dans la vision binoculaire, car dans cette vision binoculaire l'œil droit est annihilé. Or le côté droit est celui qui depuis fort longtemps a été atteint de tous les troubles les plus marqués. L'œil droit surtout dont nous avons encore peu parlé, a présenté et présente un ensemble de troubles fonctionnels extrêmement curieux.

Cet œil droit présentait autrefois, à de certains moments d'une manière complète dans toute l'étendue du champ visuel, les troubles que nous avons notés dans la moitié droite du champ visuel de l'œil gauche. Il a présenté de la macropsie, de la micropsie, de la diplopie monoculaire (quelle que soit l'origine de ces phénomènes dont nous n'étudions pas aujourd'hui le mécanisme). Aujourd'hui cet œil droit voit de moins en moins, il présente dans toutes ces fonctions des troubles fort graves en rapport, cependant, avec l'état hystérique. Le plus net est le resserrement de la pupille, le myosis. La pupille droite est presque toujours plus petite que la gauche. Les réflexes pupillaires de l'œil droit sont aussi altérés, car la pupille ne se décontracte pas dans l'obscurité, elle reste toujours en contraction exagérée ; c'est un trouble des réflexes par spasme plutôt que par paralysie. Cette exagération du réflexe pupillaire à la lumière est d'autant plus singulière qu'elle s'accompagne non d'une augmentation de la sensibilité rétinienne, mais d'une diminution considérable de l'acuité visuelle. Quoi qu'il en soit, cette inégalité pupillaire, ce myosis, ce trouble des réflexes, enfin l'hémianopsie dont se plaint la malade ; voilà un ensemble de symptômes qui, s'ils n'étaient pas analysés avec soin, éveilleraient tout naturellement la pensée des plus graves lésions encéphaliques. Le cas pourrait être ajouté à ceux qui ont été si bien étudiés dans la thèse de M. Souques. Il s'agirait cette fois de syndromes hystériques simulateurs des affections encéphaliques.

Il ne s'agit d'ailleurs que de simulation, comme j'ai déjà eu l'occasion de le faire remarquer [1]. Un examen attentif, que M. Sauvineau a bien voulu faire de cette malade, démontre qu'il n'y a aucune lésion du fond de l'œil. Tous ces symptômes, même les troubles pupillaires, sont transitoires. Le myosis augmente, les

1. Pierre Janet, *Revue philosophique*, février 1894, p. 148.

parents de la malade l'avaient déjà remarqué depuis longtemps, quand Justine est plus tourmentée par ses idées fixes. D'autres fois j'ai souvent constaté que, à la suite des suggestions qui effaçaient les idées fixes, à la suite de sommeils un peu prolongés, qui diminuaient l'épuisement cérébral, cette inégalité pupillaire disparaissait complètement. Ce ne sont là que des phénomènes hystériques de la même nature que ceux qu'il nous reste encore à signaler dans l'œil droit.

Cet œil présente au plus haut point les troubles de l'accommodation qui ont été si bien étudiés par M. Parinaud. Ce spasme de l'accommodation est difficile à observer et donne lieu à bien des contestations singulières, souvent même contradictoires. En effet, il suffit d'appliquer un verre sur les yeux de la malade pour produire une émotion, une suggestion si vous voulez, qui modifie tous les phénomènes. Il est probable que ces troubles de l'œil droit ont pour origine une infériorité réelle de l'œil droit, une myopie qui existait je crois antérieurement aux phénomènes nerveux. Vous ne serez pas surpris de ces infériorités locales, de ces asymétries organiques que M. Raymond nous signale si souvent chez les malades rangés sous le nom de dégénérés. Cette infériorité a-t-elle facilité une localisation de l'épuisement cérébral sur les centres de l'œil droit dans les deux lobes occipitaux. C'est une supposition vraisemblable peut-être sur laquelle il est difficile d'insister. Quoi qu'il en soit, tous ces troubles ont rendu peu à peu la vision difficile et à peu près impossible par l'œil droit.

Ajoutez à ces remarques sur les troubles présentés par l'œil droit que toutes les autres sensibilités de ce côté sont également altérées, je ne fais que vous rappeler l'anesthésie tactile et musculaire, l'absence du goût et de l'odorat, enfin la surdité presque complète de l'oreille droite. La malade qui a été bien souvent examinée et qui a fini par remarquer avec tristesse tous ces troubles qui siégeaient du côté droit, s'est fait toute une théorie sur les malheurs de ce côté droit : « C'est le côté mauvais, le côté malheureux, » dit-elle. Par une illusion naïve, elle attribue aux objets eux-mêmes cette sorte de malédiction : « C'est ennuyeux, dit-elle, mon piano est mauvais du côté droit, tandis qu'il est bon du côté gauche ». N'est-il pas possible que notre malade ait été plus loin dans le même sens jusqu'à se dire que le côté droit des objets était mal vu, devenait invisible ? N'est-ce pas là ce qui s'est passé quand la malade attribuait au côté droit des objets même vus

uniquement par l'œil gauche, tous ces troubles, macropsie, micropsie, diplopie qui dépendaient en réalité de l'œil droit seul. Cette pensée d'abord vague, qui troublait peu la vision normale, serait devenue une idée fixe au moment de l'affaiblissement causé par les hémorragies de la ménopause et elle se serait manifestée par une hémianopsie droite.

Sans doute on pourra demander pourquoi toutes les hystériques hémianesthésiques à droite n'arrivent pas par le même raisonnement à l'hémianopsie droite. Sans insister trop sur une semblable discussion, je vous dirai qu'il est rare de voir tant de troubles persister si longtemps dans un œil du même côté, que ces troubles ne sont pas d'ordinaire aussi remarqués, aussi étudiés par la malade, qu'il n'y a pas toujours en même temps une prédisposition aussi forte aux idées fixes. En un mot un ensemble de circonstances qui sont d'ordinaire rarement réunies, ont préparé cette malade à cette idée fixe peu ordinaire et ont réalisé le symptôme qu'elle présente.

Reste, direz-vous, l'hémianopsie gauche pour l'œil droit, qui semble toute différente. Nous remarquerons d'abord qu'elle ne se manifeste que peu dans la vision normale binoculaire puisque la malade ne se sert pas de cet œil. Elle ne se manifeste qu'au moment où l'on examine l'œil gauche. Elle est, à mon avis, la conséquence logique de l'idée précédente. Si l'œil gauche ne voit que le côté gauche des objets, l'œil droit ne doit voir que le côté droit des objets, chaque œil voit de son côté. C'est encore un résultat de cette logique subconsciente passablement niaise qui est un des grands caractères des idées fixes.

D'une manière générale, dans son ensemble, l'anesthésie hystérique n'est pas le résultat d'une idée fixe, elle est la manifestation d'une réduction de la pensée, d'un rétrécissement de la conscience personnelle. Cette diminution psychologique doit correspondre à une diminution de l'activité cérébrale dont la nature est difficile à préciser actuellement. Cette activité semble être réduite dans son ensemble, comme si la quantité totale de force nerveuse disponible était restreinte. Elle peut encore provoquer l'éveil ou le fonctionnement de chaque centre, mais elle ne peut plus en éveiller plusieurs à la fois. C'est pourquoi je suis plus disposé à placer la lésion primitive dans les centres d'association et à considérer comme secondaire l'inertie des autres centres. S'il en est ainsi, les sentiments, les idées du sujet auront la plus grande in-

fluence sur la répartition de l'activité qui reste disponible ; les suggestions et les idées fixes, qui ne créent pas l'anesthésie de toutes pièces peuvent fort bien déterminer dans des cas particuliers ses limites et ses localisations, surtout lorsque celles-ci sont précises et singulières. On tomberait dans bien des erreurs, si l'on niait l'influence des suggestions maladroites, des idées des sujets dans la répartition de leur engourdissement cérébral et dans la distribution de leurs stigmates. Il est facile de remarquer cette influence de la suggestion même sur cette hémiopie actuelle qui est cependant spontanée. Depuis que l'on examine l'hémiopie de Justine, il me semble qu'elle s'est précisée encore, la vision est devenue plus nette, plus large du côté gauche, le rétrécissement concentrique a disparu de ce côté, la vision est devenue plus nulle du côté droit, où elle ne dépasse plus que très peu la ligne médiane. Si je n'avais pas pris moi-même le champ visuel tout au début, si je ne l'avais pas fait prendre au même moment par M. Parinaud, je craindrais vraiment d'avoir affaire maintenant à un phénomène suggéré. Eh bien, cette influence que la suggestion a actuellement encore sur cette hémiopie, il est probable que les idées du sujet, ses préoccupations bizarres l'ont eu déjà autrefois et qu'elles ont contribué à donner cette forme spéciale à un épuisement général du cerveau et des centres visuels. Nous avons affaire ici, en résumé, à un phénomène qui a été jusqu'ici peu observé, la détermination d'une forme du champ visuel par l'idée fixe.

Si cette explication très simple des faits a quelque intérêt, c'est qu'elle conserve à cette malade son unité pathologique, intéressante. Justine continue à être une malade à idées fixes et ces idées fixes conservent la forme hystérique. Tous ses accidents, depuis des années, ont toujours été déterminés de la même manière. Je ne parle pas seulement de ses attaques hystériques et de ses impulsions, mais même de ses accidents d'apparence organique. Elle a eu des douleurs localisées singulièrement, des contractures de forme étrange, des parésies. Tout a été le résultat d'idées fixes subconscientes dont la malade se rendait rarement compte et tous les accidents disparaissaient quand on traitait les idées fixes. Il est probable qu'il en est encore de même, les effets du traitement viendront confirmer ou détruire notre supposition.

Quoi qu'il en soit, l'observation reste intéressante en elle-même pour nous montrer l'existence d'un symptôme contesté de l'hys-

térie. De plus en plus l'hystérie est la grande simulatrice, comme le disait si souvent Charcot. Il est de plus en plus difficile d'affirmer qu'il est impossible de rencontrer un symptôme particulier dans l'hystérie.

---

## CHAPITRE VIII.

### CONTRACTURES, PARALYSIES, SPASMES DES MUSCLES DU TRONC CHEZ LES HYSTÉRIQUES[1]

1. Observations de contractures, — 2. de spasmes, — 3. de paralysies des muscles du tronc. — 4. Troubles des fonctions déterminées par les contractures et les spasmes des muscles du tronc. — 5. Modifications respiratoires dans les paralysies des muscles du tronc. — 6. Pathogénie de ces accidents. — 7. Traitement.

Quand on essaye d'étudier la physiologie des hystériques, c'est-à-dire les modifications dans le fonctionnement des viscères, on constate qu'un grand nombre de ces troubles, je ne veux pas dire tous, sont en rapport immédiat avec des troubles du mouvement, quelle que soit d'ailleurs l'origine de ceux-ci et leur relation avec les troubles de la sensibilité. Dans les troubles de la digestion, de la respiration, de la nutrition, à côté des troubles dans la sécrétion des glandes, dans la composition chimique des gaz, que nous espérons étudier plus tard, on note au premier plan comme importance et comme fréquence des altérations mécaniques. Ces troubles mécaniques ne siègent pas toujours, autant qu'on le pourrait croire, dans les viscères eux-mêmes. Cela arrive sans doute quelquefois dans des cas graves, mais souvent il s'agit simplement d'une altération dans les mouvements des muscles striés qui forment la paroi du corps et qui enferment les viscères. C'est cette remarque qui m'a disposé à laisser de côté pour le moment dans cette étude les altérations proprement viscérales, celles

1. Toute la partie de ce travail, qui a rapport aux contractures des muscles du tronc et à leur traitement, a fait l'objet d'une communication à la *Société de médecine de Paris* et a été publiée dans la *France médicale*, du 6 décembre 1895.

même des mouvements du diaphragme qui, à mon avis, jouent un si grand rôle dans bien des phénomènes hystériques pour mettre en relief l'importance des troubles du mouvement dans les muscles du tronc, thorax et abdomen. L'altération la plus fréquente qui sera étudiée la première est la contracture, une autre plus rare est la paralysie, enfin le spasme des muscles abdominaux doit être signalé, mais ne peut ici être étudié complètement car il est difficile de séparer son étude de celle des spasmes du diaphragme.

### 1. — *Observations de contractures des muscles du tronc.*

Les contractures hystériques sont bien connues et en général assez facilement diagnostiquées lorsqu'elles siègent *sur les membres;* on connaît également les contractures des muscles de la *face,* le spasme des massétèrs, le spasme glosso-labié, le spasme palpébral, par exemple.

Mais je crois que l'attention n'a pas été suffisamment attirée sur un groupe de contractures fort importantes, celles qui siègent *sur le tronc,* sur différents muscles *du thorax, des lombes, de l'abdomen.* Ces contractures des muscles du tronc sont à peine signalées par Briquet ; il remarque seulement la déviation permanente qu'elles peuvent produire quand elles siègent exclusivement d'un seul côté du corps [1]. C'est également à ce point de vue que se placent les auteurs plus récents, en particulier Lannelongue, Duret [2] et Vic [3] qui étudient la cyphose et la scoliose que ces contractures peuvent déterminer. Je renvoie pour l'étude de ces observations à la thèse intéressante de M. L. Hallion : *Des déviations vertébrales névropathiques,* 1892, p. 41.

Ce que l'on remarquait en effet le plus facilement c'était les déviations de la taille, produites par des contractures fortement prédominantes en un côté du corps. En voici une observation typique qui peut montrer l'importance de la contorsion ainsi déterminée.

1. Briquet, *Traité de l'hystérie*, 1859, p. 336.
2. Duret, Déformations de la région lombaire de nature neuro-musculaire. Cypho-scoliose hystérique. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1888, p. 191.
3. Vic, De la scoliose hystérique. *Thèse*, Paris, 1892.

Observation I. — Gk., jeune fille de 22 ans, présente plusieurs accidents hystériques, des attaques particulières à forme de somnambulismes, des maux de tête terribles revenant par accès, des tics complexes et des contractures. Je ne m'occupe ici que de ce dernier phénomène. Comme dans la plupart de ces observations nous avons à noter que le père est un alcoolique et la mère une nerveuse. A l'âge de 2 ans l'enfant présenta des phénomènes con-



Fig. 36 A. — Attitude permanente de Gk., contracture des muscles du tronc du côté gauche.

vulsifs qu'on qualifia de méningite, elle eut plus tard la rougeole, la variole, la coqueluche, elle resta nerveuse, excitable, mais fort intelligente. Réglée à 13 ans, elle ne présenta aucun accident sérieux. Mais à l'âge de 15 ans, elle éprouva une violente émotion pour une cause futile. Entrant un jour dans une grange où elle croyait ne trouver personne, elle heurta du pied un

homme endormi. Cet homme, qui n'était autre que son père en état d'ivresse selon sa coutume, se releva, l'appela et voulut la rejoindre. L'enfant affolée ne reconnaissant pas son père se sauva à toutes jambes. Un mois après cette émotion elle commençait des crises d'hystérie qui n'ont jamais disparu, mais se sont développées de diverses manières, s'accompagnant de somnambulismes, de tics, de maux de tête, d'anorexie, etc. Dans toutes



Fig. 36 B. — Atitude permanente de Gk. contracture des muscles du tronc du côté gauche.

ces attaques, dans tous ces somnambulismes, elle voit un individu « avec une tête ébouriffée et des yeux terribles » qui la poursuit, elle fait des efforts pour se sauver en tournant la tête en arrière pour voir celui qui la poursuit. A 22 ans, ces crises étaient presque quotidiennes. Mais à la suite des crises se développa,

d'abord passagèrement, puis d'une manière permanente, une attitude dont la figure 36 donne bien l'idée. Le tronc est fortement penché à gauche, la colonne vertébrale forme une courbe dont la concavité est à gauche, le ventre est plissé du côté gauche. Cette attitude est due à une forte contracture des muscles lombaires et des muscles de la paroi abdominale à gauche, la contracture existe aussi dans les muscles de la hanche et dans les muscles adducteurs de la cuisse. Enfin, la tête elle-même est tournée vers la gauche et appuyée sur l'épaule gauche par la contracture des muscles cervicaux et du trapèze. Cette attitude, comme on le pense bien, gêne énormément la marche et détermine des troubles de la respiration et de la digestion sur lesquels je reviendrai plus tard. Je ne constate pas de troubles apparents de la sensibilité cutanée chez cette malade, la mesure avec l'æsthésiomètre donne des chiffres normaux et à peu près identiques sur les deux côtés du corps, quelle que soit la région de la peau étudiée. Le sens musculaire n'est pas altéré dans les membres qui continuent à se mouvoir librement. Avec la main gauche, comme avec la main droite la malade distingue une différence de 1 gramme en plus ou en moins quand elle soupèse un poids de 9, 10 ou 11 grammes. Les muscles contracturés sont comme toujours anesthésiés, mais d'une manière incomplète : les contractures déterminent peu de fatigue, ces muscles deviennent très douloureux quand on essaye de vaincre la contracture.

Après les déviations latérales du tronc, ce qui frappa également les observateurs, ce furent les inclinaisons du tronc en avant. En voici quelques exemples.

Observation II. — Je rappelle seulement sans y insister une de mes anciennes observations recueillie à l'hôpital du Havre en 1887. « Un jeune marin de dix-neuf ans, Lem., ayant eu des crises d'hystérie et anesthésique de presque tout le corps, reçut sur la poitrine et l'abdomen le choc d'une barrique qui roulait sur le pont. Il n'eut en réalité aucun mal, mais il plia sous le choc et depuis ne peut plus se redresser. Tous les muscles fléchisseurs du tronc sont contracturés et la contracture des muscles de l'abdomen semble s'exagérer et devient très douloureuse dès qu'on essaye de redresser le malade ; cette pénible situation durait depuis un mois, quand M. le Dr Pillet, médecin militaire de l'hôpital du Havre, me permit obligeamment de l'examiner. Le malade put être hypnotisé très facilement et il me suffit alors de quelques mots pour

le redresser complètement [1]. » Contrairement à ce qui arrive d'ordinaire, la guérison a été définitive et la contracture ne s'est pas reproduite.

Observation III. — Je signale également ici l'observation intéressante d'un malade que M. le professeur Raymond a présenté cette année à l'une de ses leçons du mardi et qu'il m'a autorisé à rappeler ici parce qu'elle est sur bien des points analogue à l'observation précédente. D., un jeune homme de 22 ans, employé dans une raffinerie, tombe dans un escalier sur le dos ; on le relève et on le transporte chez lui, car il ne peut marcher. Il est resté couché un mois se remuant très difficilement ; quand il se relève, la marche est bien rétablie, mais le dos est courbé et le malade ne peut se redresser. Il arrive à la Salpêtrière en s'appuyant sur deux bâtons, le dos fortement courbé. On ne constate aucun symptôme d'une lésion médullaire, les réflexes sont normaux, la miction n'a jamais été troublée, aucune atrophie. L'attitude du malade est due à deux choses : à une contracture incomplète des muscles abdominaux et à une hypéresthésie intense de la région dorsale moyenne. Quand on appuie sur cette région le malade se sent étouffé, comme s'il allait tomber en attaque. M. Raymond montra qu'il s'agissait d'une contracture hystérique; il cita à ce propos les observations antérieures de scoliose hystérique et rappela l'observation d'un jeune marin qu'il avait examiné à Lariboisière. Celui-ci, après une chute du haut d'un mât avait conservé une scoliose uniquement déterminée par la contracture des muscles lombaires, qui avait cédé rapidement à un traitement par le massage et par la suggestion.

Observation IV. — No., femme de 33 ans, fille d'un père épileptique et alcoolique, mort dans le délirium, resta normale jusqu'à l'âge de 17 ans. A ce moment, ses règles qui avaient commencé sans accidents à l'âge de 11 ans furent arrêtées par un refroidissement, et depuis restèrent fort irrégulières. No. devint plus émotive, plus nerveuse, eut à chaque instant des accès de rires ou de pleurs sans motifs, et à diverses occasions quelques petites crises de nerfs. Elle se maria cependant, mais elle n'eut pas d'enfants; elle resta nerveuse mais ne présenta guère d'accidents hys-

1. Pierre Janet, Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme. *Revue philosophique*, mars 1888, p. 245. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 361.

tériques sérieux. A 31 ans, elle fit une chute grave dans un escalier et se contusionna fortement le flanc droit. A la suite de cette chute elle perdit connaissance et eut une violente attaque d'hystérie. Depuis elle conserva des douleurs violentes dans le côté malgré la guérison des contusions, se sentit gênée pour se tenir debout et ne restait droite que dans son lit. Une opération chirur-



FIG. 37. — Attitude permanente de No., flexion du tronc en avant et à droite déterminée par des contractures.

gicale qu'elle dut subir l'année suivante pour une salpingite aggrava encore la situation. Elle se plaignit de douleurs continuelles dans la tête et dans le ventre et ne marchait plus que courbée en avant. Cette position étrange (fig. 37 et 38) devint bientôt définitive : la malade s'avance, fortement penchée en avant et un peu à

droite et, en outre, en boitant de la jambe droite. On constate facilement une hyperesthésie énorme de la peau du flanc droit et une contracture de la hanche droite et des muscles abdominaux antérieurs avec prédominance à droite. Cette contracture qui avait déjà disparu pendant le sommeil chloroformique peut être facilement détruite pendant le sommeil hypnotique.



Fig. 38. — La même malade No. vue de profil, du côté droit.

Des observations de ce genre sont assez fréquentes et nous pourrions, par exemple, ajouter à cette liste celle que MM. Paul Richer et A. Souques viennent de publier[1].

1. Paul Richer et A. Souques. Un cas de contracture hystéro-traumatique des muscles du tronc. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, mars et avril 1897, p. 109.

Mais à côté de ces contractures des muscles du tronc bien connues parce qu'elles dévient la taille d'une façon très apparente, je crois qu'il en existe d'autres beaucoup plus fréquentes et très importantes, qui sont moins connues et moins apparentes. Elles sont plus générales, plus symétriques et quoiqu'elles déterminent en général une certaine inclinaison du corps en avant elles ne se manifestent pas par de grandes déviations. C'est sur ces contractures plus cachées que je voudrais insister.

Observation V. — Co. est une jeune femme de 32 ans, entrée à la Salpêtrière cette année dans le service de M. le professeur Raymond pour des attaques de *sommeil hystérique* que j'ai déjà décrites dans une précédente étude[1]. C'est une hystérique indiscutable et par son histoire antérieure, chorée, attaques, somnambulisme, délires, et par l'accident actuel qu'elle présente, attaques de sommeil, et par les stigmates, anesthésie presque complète à gauche, amblyopie de l'œil gauche, etc. Pendant son séjour à la Salpêtrière, quand ses attaques de sommeil disparaissaient rapidement à la suite du traitement que j'ai décrit, elle a présenté des symptômes en apparence tout à fait différents des précédents.

Le 2 février elle reste couchée, se plaignant d'une courbature générale, de mal de tête, de toux, d'oppression respiratoire. En réalité, le facies est mauvais, la figure est pâle et tirée, les lèvres sèches, la langue pâteuse, la respiration semble difficile et rapide (45 respirations par minute), la malade a continuellement une petite toux sèche qui la fatigue et elle est couverte de sueur. La température est cependant peu élevée (38,2 dans le vagin), le pouls est à 75 et l'examen de la poitrine ne donne pas d'indications qui expliquent cet état général mauvais. Cependant l'aspect de la malade, sa toux continuelle, son oppression éveillent l'idée d'une bronchite légère, peut-être d'un début de grippe et la malade est traitée en conséquence.

Les jours suivants l'aspect de la malade ne se modifie en aucune manière ; huit jours après, le 9 février, Co. est absolument dans le même état. Depuis huit jours elle est essoufflée, anxieuse, elle refuse de manger, elle est d'ailleurs extrêmement constipée et a la langue saburrale, enfin elle ne peut dormir la nuit. Cependant rien ne justifie cet état, la température est cette fois tout à fait

1. Pierre Janet, Les idées fixes de forme hystérique (observation II). *La Presse médicale*, 1er juin 1895, p. 202 et chapitre v de cet ouvrage.

normale (37°8) et l'auscultation de la poitrine est absolument négative.

C'est alors que laissant de côté le premier diagnostic, j'ai examiné plus soigneusement la malade à un autre point de vue. La veille du début de cette affection, Co. avait eu une querelle avec une autre malade et avait eu une violente colère ; elle s'était couchée toute tremblante, elle semblait sur le point d'avoir une attaque, mais en réalité elle était restée toute la nuit immobile. Elle avoue que depuis le moment de cette colère elle n'a pu retrouver la respiration normale et qu'elle est restée comme suffoquée. Quand on examine la poitrine, on constate qu'elle est à peu près immobile : les côtes ne s'élèvent, ni ne s'abaissent, et quand on commande à la malade de faire un effort respiratoire, de bâiller, de pousser un soupir, elle ne peut y parvenir; elle conserve toujours sa petite respiration courte et fréquente. Quand on appuie sur les côtes, on constate que toute la poitrine est dure et ne peut être remuée. D'ailleurs la malade pousse des cris quand on essaye d'appuyer sur un espace intercostal.

Le ventre est également dur et douloureux sans être gonflé (je n'étudie pas dans ce travail les cas de météorisme proprement dit). La peau du ventre est insensible du côté gauche, mais même de ce côté on provoque une violente douleur dès qu'on essaye d'appuyer sur l'abdomen. Les muscles droits surtout forment deux cordes rigides et on distingue au toucher que ces muscles constituent au-dessus de l'ombilic deux masses dures superposées qui semblent correspondre aux segments séparés par les intersections aponévrotiques. Je n'insiste pas sur ces caractères de l'abdomen que nous retrouverons plus accentués chez d'autres malades.

Si nous faisons lever la malade, elle peut remuer les jambes et marcher, mais elle se tient raide et ne peut plier les reins ; la colonne vertébrale quoique raidie est d'ailleurs tout à fait droite, sans courbure latérale accentuée. Les mains et les avant-bras sont parfaitement mobiles, mais le mouvement des bras est gêné, car ceux-ci sont collés au corps et ne peuvent que peu se mouvoir en avant ou en arrière, le mouvement d'abduction des bras et d'élévation au-dessus de l'épaule est impossible. L'état de la sensibilité ne s'est guère modifié : l'anesthésie est complète sur le côté gauche du tronc, la sensibilité persiste à droite, la pression des muscles est beaucoup plus douloureuse de ce côté.

En un mot, on constate une contracture à peu près complète de

tous les muscles du thorax, y compris les pectoraux qui immobilisent l'épaule, et des muscles de l'abdomen. Ce sont ces contractures qui provoquent la courbature, les douleurs, la gène respiratoire et les troubles digestifs. On verra en effet que tous ces troubles viscéraux disparurent immédiatement dès que j'eus réussi à détruire les contractures.

D'autres malades vont nous présenter les mêmes accidents d'une manière moins complète avec une localisation plus précise, soit à la poitrine, soit à l'abdomen, soit même à des muscles déterminés.

Observation VI. — Leq., une femme hystérique âgée de 27 ans, hémianesthésique à droite, qui est restée longtemps dans le service de Charcot à la Salpêtrière, présentait souvent après les attaques des troubles respiratoires permanents. Le 7 décembre 1893, elle est couchée depuis deux jours, car depuis une violente attaque elle ne peut respirer. La respiration très courte et précipitée, 60 par minute, s'effectue sans que la poitrine paraisse remuer. Le thorax est bombé dans l'état d'inspiration forcée et il reste absolument immobile. Le ventre au contraire est souple et fait seul les mouvements respiratoires.

Dans une autre circonstance, quelque temps après un accouchement, la même malade présente les phénomènes inverses. Le thorax est mobile, mais l'abdomen est immobilisé par la contracture des muscles droits. Aucune modification de l'hémianesthésie qui reste uniquement du côté droit.

Enfin, en mars 1894, cette malade, à la suite d'un choc peu grave sur le ventre du côté gauche, présente une contracture des muscles obliques et des fléchisseurs latéraux de la colonne lombaire du côté gauche, la malade est courbée à gauche, avec déviation marquée de la colonne vertébrale. On observe, cette fois, une modification importante de la sensibilité, l'anesthésie siège maintenant du côté gauche.

Observation VII. — Une jeune fille de 17 ans, entrée dans le service de Charcot au mois de décembre 1891, que j'ai déjà décrite sous le nom de Célestine, présente surtout des attaques intéressantes. Ce sont, comme j'ai déjà eu l'occasion de le montrer[1], des attaques de colère qui se sont peu à peu transformées suivant les lois générales de l'automatisme psychologique. Cette jeune fille est anesthésique sur tout le corps et présente un

1. *Accidents mentaux des hystériques*, 1893, p. 156.

rétrécissement extrême du champ visuel des deux yeux. Très souvent, à la suite de ses attaques, elle reste entièrement contracturée de tout le corps. Elle reste absolument immobile sur son lit, les jambes dans l'extension forcée, les bras appliqués le long du corps, les poings fermés, la tête droite, les yeux clos et les dents serrées. Cet état, qui peut se prolonger deux et trois jours si on n'intervient pas, est des plus singuliers au point de vue psychologique. La malade, totalement insensible à toutes les excitations extérieures, n'est pas absolument sans conscience, elle a des rêves très complexes dont elle perd absolument le souvenir quand elle revient à l'état normal, mais dont elle retrouve la mémoire dans l'état de somnambulisme provoqué. Ces rêves variés sont surtout caractérisés par un sentiment de bien-être, de béatitude; la malade ne sent plus aucune attache terrestre, elle ne sent plus son corps et croit voler en l'air, etc. Je remarque en ce moment le même sentiment de béatitude pendant l'attaque d'une autre malade qui a également perdu à ce moment toute possibilité de se mouvoir et tout sentiment de l'existence de ses membres. On peut se demander s'il n'y a pas quelque rapport entre ces deux phénomènes. Mais je n'insiste pas sur ce point de l'observation.

Il n'était pas bon de laisser se prolonger cet état, car la malade pouvait rester endormie plusieurs jours et se réveillait d'ordinaire avec les deux jambes contracturées. Il fallait donc après chaque attaque défaire les contractures de Célestine, ce qui n'était pas un petit travail, surtout si l'on songe que cette opération fatigante devait être recommencée deux ou trois fois par semaine. Quelquefois toutes les contractures n'étaient pas bien défaites quand on réveillait la malade, et celles qui subsistaient devenaient permanentes et tenaces. Elle garda ainsi pendant une semaine une contracture isolée du grand pectoral gauche : l'épaule gauche était tirée en avant et le bras appliqué contre le corps. Détail très particulier, quoique la peau fût absolument insensible sur tout le reste du corps des deux côtés, la sensibilité était réapparue normale sans hypoesthésie ni hyperesthésie dans la région du muscle contracturé. Les impressions cutanées parfaitement distinguées en cet endroit ne déterminaient pas de souffrances exagérées, mais au contraire la pression profonde portant sur le muscle lui-même ou les mouvements que l'on essayait de communiquer à l'épaule provoquaient les cris de la malade.

Cette réapparition de la sensibilité sur la peau qui recouvre le grand pectoral me paraît pouvoir s'expliquer par l'attention plus grande que la malade donnait à cette région contracturée; mais ce n'est là qu'une supposition sur laquelle je ne puis insister ici. Je rappelle seulement que le même fait se produit quand on attire l'attention d'une hystérique sur un point déterminé de la peau anesthésiée, ce point devient sensible, tandis que les parties avoisinantes restent insensibles. Les mêmes détails ont été notés chez la même malade un autre jour : une région bien délimitée, grande comme la paume de la main, était restée sensible sur la poitrine sous le sein droit : la pression profonde entre les côtes était extrêmement douloureuse et la respiration était gênée ; je pense qu'une contracture localisée des muscles intercostaux persistait en cet endroit. D'ailleurs je suis disposé à croire que souvent, chez les hystériques, les douleurs qui siègent sur le thorax et que l'on désigne d'une manière trop générale sous le nom de névralgies intercostales doivent être déterminées par des contractures de ce genre.

Observation VIII. — L'observation de Qy... nous présente une contracture des muscles abdominaux dont l'origine est particulièrement intéressante. Cette jeune fille, âgée de 19 ans, est entrée au mois d'août 1895 dans le service de M. le professeur Raymond ; elle est fille d'un père alcoolique qui a quitté sa famille et d'une mère morte tuberculeuse. Abandonnée dès son enfance, Qy... a été recueillie et élevée par une vieille tante qui vient de mourir, il y a un an. A ce moment, cette jeune fille, d'un caractère très doux et très timide, s'effraye de sa solitude et de sa misère et passe ses journées à pleurer la mort de sa tante ; elle mange mal, dort peu, devient de plus en plus inquiète et nerveuse. Ce n'est pas encore une hystérique, mais c'est un terrain tout préparé pour les troubles de la personnalité et les idées fixes qui vont constituer la névrose. Un soir, le concierge de la maison entre dans la mansarde de Qy... et veut abuser d'elle. Une lutte s'engage et cet individu parvient seulement à mettre la main sous les jupes de la jeune fille et à lui toucher le ventre du côté droit. A partir de cet incident, la santé de Qy... est tout à fait altérée; celle-ci se plaint de ne plus pouvoir rien digérer, à cause d'une constipation invincible, elle a sans cesse des étouffements, des rougeurs au visage et des maux de tête ; elle éprouve même de la difficulté pour uriner : la miction est lente et pénible

et la malade qui redoute cette souffrance n'urine plus qu'une fois par jour. Enfin, dans l'atelier où elle travaille, Qy... éprouve un jour des angoisses ; elle rougit fortement, elle a quelques mouvements convulsifs des membres, pousse quelques cris et enfin tombe par terre profondément endormie. On ne peut parvenir à la tirer de ce sommeil dont elle ne sort que trois heures plus tard en gémissant et en pleurant, sans aucun souvenir de ce qui vient de se passer. Ces attaques de sommeil se reproduisant tous les jours, on se décide à conduire la malade à la Salpêtrière.

Cette jeune fille semble très effrayée, elle répond mal et a beaucoup de peine à sortir de sa rêverie et à prêter quelque attention à ce qu'on lui demande. Je note une diminution considérable de la sensibilité sur les membres du côté droit et un rétrécissement du champ visuel de l'œil droit à 50° ; du côté gauche la sensibilité n'est pas altérée et le champ visuel n'est pas rétréci. Le ventre au contraire est extrêmement hyperesthésié surtout du côté droit et la malade ne tolère pas le moindre attouchement sans pousser des cris. Si on insiste, si on appuie sur la paroi abdominale du côté droit, Qy... se débat un instant, puis s'endort profondément. Je reviendrai sur la signification de ce fait qui semble nous montrer sur la paroi abdominale un point hystérogène et hypnogène. Je remarque maintenant que toute la paroi du ventre est rigide aussi bien sur les côtés qu'au milieu, quoique moins fortement du côté gauche. Il n'y a pas actuellement de météorisme, quoique la malade m'ait dit qu'il y a eu dans les premiers jours un gonflement du ventre ; actuellement on ne constate que l'immobilité et la dureté du ventre. La respiration semble se faire uniquement par les côtes supérieures, la malade ne peut ni pousser des soupirs ni respirer profondément ; en un mot, à l'hyperesthésie de la paroi s'ajoute une contracture des muscles droits et des muscles obliques, surtout du côté droit. A mon avis la constipation, les troubles digestifs et même les troubles de la miction dépendent en partie de l'immobilité de la paroi abdominale, immobilité qui est due à la fois à la contracture et à l'hyperesthésie, car la malade a peur de faire le moindre mouvement de l'abdomen, soit dans la défécation, soit dans la miction.

Observation IX. — Je rapproche de l'observation précédente le cas d'une autre malade, Ma... que je décrirai brièvement, car il est presque identique à celui de Qy... Ma..., âgée de 32 ans, est entrée à la Salpêtrière au printemps de 1895, parce qu'elle avait

des attaques de sommeil à propos de la moindre émotion. Chez cette malade comme chez beaucoup d'autres que j'ai déjà décrites, on peut constater pendant le sommeil hypnotique le souvenir des rêves qui remplissent et qui, à mon avis, jouent un grand rôle pour reproduire perpétuellement cette attaque de sommeil déterminée, la première fois, par une émotion violente. La malade avait été guérie facilement de ses sommeils et avait quitté l'hôpital; le mois dernier elle est revenue se plaindre d'un nouvel accident. A la suite d'une chute dans l'escalier, chute dans laquelle elle s'est contusionné le côté droit, elle a de nouveau ses attaques de sommeil presque tous les jours et en plus elle a une déviation permanente de la colonne vertébrale.

Le tronc est légèrement fléchi du côté droit, l'épaule droite est inclinée, la colonne lombaire est légèrement déviée, l'hypocondre droit ne forme pas un creux, mais la paroi abdominale est rigide, en sent comme une corde qui relie les fausses côtes à l'épine iliaque antérieure, la respiration est gênée, la constipation est complète depuis 6 jours. Ici encore nous avons affaire à une contracture des muscles lombaires fléchisseurs latéraux et du muscle grand oblique de l'abdomen. L'hypéresthésie cutanée qui existe aussi du côté droit est bien moindre que dans l'observation précédente.

Observation X. — Je terminerai cette énumération en signalant une malade M... chez laquelle la contracture des muscles du tronc est générale comme dans l'observation V, mais bien plus considérable que dans le cas de Co. Il s'agit d'une malade que j'observe depuis plus de sept ans en dehors de l'hôpital et qui a présenté tous les accidents les plus curieux de l'hystérie viscérale[1]. Cette jeune femme de 29 ans présente depuis dix ans des vomissements incoercibles qui surviennent soit immédiatement, soit peu de temps après qu'elle a absorbé les aliments; elle ne parvient à s'alimenter que grâce à mille précautions. Ces vomissements alimentaires sont quelquefois accompagnés de sang; ils sont en rapport avec des spasmes de l'œsophage, du diaphragme, de l'estomac; enfin la malade a présenté à diverses reprises des contractures des mâchoires et de la langue, des contractures de l'urètre et même du rectum; ajoutons que, depuis des années, la malade est anesthésique sur tout le corps, qu'elle n'a aucune sensibilité

1. Voir le chapitre vi de cet ouvrage, un cas d'allochirie, p. 235.

cutanée consciente, qu'elle a aux deux yeux le champ visuel réduit à un point, et qu'elle présente les troubles les plus curieux de la mémoire. J'espère pouvoir faire un jour une étude complète de ce cas intéressant, je ne veux étudier aujourd'hui qu'un seul des accidents que la malade présente le plus souvent.

D'une façon presque subite et en apparence sans cause précise, mais en réalité à la suite d'une légère émotion, M... se raidit, se contracture complètement. Cette contracture n'envahit jamais, c'est là un fait curieux, les muscles des bras ou des jambes, mais elle porte sur tous les muscles du tronc et sur les muscles des viscères. Je suis disposé à croire que le spasme, chez elle, porte aussi sur le diaphragme, mais l'examen des contractures du diaphragme chez les hystériques me semble important et mérite une étude distincte, je n'étudie en ce moment que les contractures des muscles du tronc.

La malade a une respiration courte, essoufflée, fréquente, qui semble se produire uniquement par les côtes supérieures encore un peu mobiles, la poitrine semble serrée, contractée, en expiration plutôt que en inspiration comme chez Leq... Les bras, sans être complètement accolés au thorax comme chez Co..., s'écartent difficilement et ne peuvent être élevés au-dessus de la tête. Le ventre est quelquefois gonflé (souvent quand il y a spasme du diaphragme); le plus souvent il est rétracté et dur, quand le spasme porte uniquement sur les muscles abdominaux. Comme la malade est très maigre, on distingue au toucher et même à la vue les muscles contracturés, les segments des muscles droits, la limite des muscles obliques qui forme un relief, une corde tendue entre les dernières côtes et l'épine iliaque. Dans le dos, on distingue deux lignes obliques formant un angle dirigé en bas vers la première vertèbre lombaire et qui me semblent former la limite inférieure du muscle trapèze.

La malade, absolument raide, marche tout d'une pièce sans même pouvoir baisser ou tourner la tête, elle ne peut aucunement modifier sa petite respiration, elle n'a plus de rire, de hoquets, ni de sanglots et se plaint de pleurer « tout silencieusement ».

La digestion est très difficile, la miction ne peut se faire que par la sonde, la défécation très rare (une fois par quinze jours) est extrêmement difficile. Différents médecins qui ont eu l'occasion d'ausculter la malade pendant ces périodes de contractures et qui ne connaissaient pas la nature exacte des troubles respira-

toires de cette malade ont entendu des râles de bronchite, je les ai bien rarement entendus et je les crois tout à fait accidentels. En réalité, malgré ces modifications considérables de la respiration, on ne perçoit guère de signes stéthoscopiques appréciables, si ce n'est la fréquence des respirations et la brièveté de l'inspiration.

Si j'ai réuni en assez grand nombre les observations de contractures des muscles du thorax et de l'abdomen, c'est pour montrer que ces contractures sont fréquentes, beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. En dehors des observations précédentes qui présentent des cas typiques du phénomène, on observe des contractures incomplètes de ces muscles, des contractures moins généralisées chez un très grand nombre d'hystériques et elles jouent un rôle important dans leurs malaises, leurs douleurs et même comme on le verra dans leurs troubles viscéraux.

Quand ces malades se plaignent d'étouffer, « d'avoir la poitrine dans un étau », quand elles toussent, quand elles ont de la peine à digérer, quand elles souffrent d'une constipation intense, il faut songer à la contracture possible soit de tous les muscles, soit de l'un des muscles du thorax et de l'abdomen.

Aussi le diagnostic de ces accidents est-il important et doit-il être fait avec précision. Les descriptions précédentes permettent de résumer brièvement les signes qui peuvent faire supposer et reconnaître l'existence d'une de ces contractures.

Souvent elles accompagnent d'autres contractures des membres ou de la face, celles de l'abdomen par exemple sont presque toujours surajoutées à la coxalgie hystérique; plus souvent encore elles accompagnent d'autres spasmes viscéraux et il est facile de les soupçonner dans ces cas; mais il faut savoir qu'elles peuvent exister seules sans que le sujet qui se plaint de malaises en sache la nature précise et il faut rechercher ces contractures pour les découvrir.

Souvent ces contractures sont accompagnées par une anesthésie de la région, plus souvent par une hyperesthésie qui permet de les reconnaître plus facilement. Mais elles peuvent siéger sur un côté déjà complètement anesthésique auparavant comme dans les observations I, III, VIII et ne pas se distinguer par des caractères superficiels; quelquefois elles peuvent être accompagnées par une sensibilité normale des téguments comme dans les observations I et V. On les reconnaîtra en priant le sujet d'exécuter divers mouve-

ments des bras et des jambes, de la poitrine, de l'abdomen, en essayant surtout de faire varier l'attitude du tronc et de modifier le rythme et la forme des respirations. On voit alors que certains mouvements sont impossibles ou déterminent de vives douleurs. Quelquefois l'aspect même de la région, surtout quand il s'agit de l'abdomen, sera caractéristique. Le plus souvent la palpation donnera des indications très nettes et presque toujours la pression sur le muscle contracturé, et plus profondément sur le viscère contracturé, sera douloureuse tandis qu'elle est indifférente sur les régions voisines. Il ne faut pas oublier cependant que certaines contractures, surtout si elles sont anciennes, sont complètement indolores même si on les presse et il faut surtout déterminer le diagnostic par la palpation et par l'examen des mouvements.

## 2. — *Les spasmes des muscles du tronc.*

A côté de ces contractures il faut placer un phénomène très voisin, c'est-à-dire les spasmes, les contractions brusques et involontaires des même muscles, mais il m'est difficile de les étudier ici complètement car ils se compliquent presque toujours de spasmes du diaphragme et de spasmes des viscères qui demandent une étude spéciale.

Dans certains cas ces spasmes des muscles du tronc sont tout à fait analogues aux contractures que je viens de décrire et n'en diffèrent que par leur peu de durée. Ils déterminent des attitudes semblables, flexion latérale du tronc, flexion en avant, mais ces attitudes se produisent momentanément comme par une secousse rapide et disparaissent ensuite pour réapparaître plus ou moins rapidement.

Observation XI. — Voici un cas particulièrement simple de ce phénomène. Mey., jeune fille de 17 ans, semble être atteinte, si l'on peut ainsi dire, d'une coxalgie intermittente. Peu d'antécédents nerveux : le père est très colère, rhumatisant, non alcoolique, la mère semble avoir toujours été normale. L'enfant était cependant chétive et surtout très émotive : elle avait fréquemment des colères violentes semblables à des crises. A l'âge de 10 ans, elle fut effrayée par un incendie assez grave dans l'appartement de ses parents. Peu de jours après elle commença à pencher en avant comme la malade de l'observation III. Cette attitude ne resta pas permanente et ne

tarda pas à se transformer en une sorte de tic ou de spasme. A plusieurs reprises, une dizaine de fois par jour, Mey. se sent violemment tirée en avant et du côté droit. Sa jambe droite se raccourcit, dit-elle, et elle tomberait si elle ne se penchait pas ainsi. On constate à ce moment le durcissement des muscles droits de l'abdomen, du muscle oblique du côté droit et des muscles de la hanche, les côtes se rapprochent de l'épine iliaque et le bassin est dévié. Mais ce mouvement ne dure que quelque instants, les muscles se relâchent rapidement et tout rentre dans l'ordre.

Bien qu'il n'y ait pas de stigmates, l'évolution des phénomènes, la contracture persistante du début après l'incendie, l'analogie de ces faits avec les précédents me portent à rattacher ce spasme à l'hystérie et à en faire une forme atténuée et passagère des contractures que je viens de décrire.

Tous les spasmes des muscles du tronc ne sont pas aussi simples, ils nous montrent quelquefois des phénomènes fort différents des précédents. Voici en particulier deux observations assez bizarres que j'ai recueillies il y a déjà plusieurs années dans le service de Charcot.

Observation XII. — Une femme de 28 ans, Dr., souffre depuis quatre ans d'un tic qui consiste en un mouvement de la paroi abdominale. Son père, alcoolique, absinthique, est mort probablement dans le délirium. Sa mère quoique fort nerveuse n'eut pas d'accidents hystériques caractérisés. Dr. eut dans sa jeunesse de la chorée limitée au côté droit, quelques crises de nerfs et se maria de bonne heure à 16 ans. Elle eut d'abord deux grossesses normales, le premier enfant vit et reste bien portant, le second mourut peu de temps après la naissance. A ce moment Dr. commença une troisième grossesse, suppression des règles, gonflement des seins et du ventre, etc. Quatre mois après le début de cette nouvelle grossesse, elle sentit remuer l'enfant, et montra même au médecin les violents soubresauts de la paroi abdominale que déterminaient les mouvements de cet enfant. Le médecin appliqua la main et discerna parfaitement les coups de pied. A la fin du neuvième mois, le ventre très gros et agité de violentes secousses, elle se rendit dans un hôpital pour accoucher. A son grand étonnement le médecin refusa de l'accoucher et l'envoya à la Salpêtrière. Cette fausse grossesse se termina peu à peu sans incidents, le ventre s'affaissa, les règles reparurent, mais les mouvements de la paroi abdominale ne cessèrent point. Chose sin-

gulière, elle devint enceinte réellement et mena à bien cette nouvelle grossesse, mais les mouvements de l'abdomen persistèrent pendant la grossesse et après l'accouchement. Actuellement, quatre ans après la grossesse nerveuse, elle a ces mouvements tout aussi violents qu'au début : le ventre remonte brusquement vers l'estomac par une contraction brusque des muscles droits. Ces saccades régulières qui se répètent une dizaine de fois par minute sont interrompues de temps en temps par une torsion latérale du ventre qui est déplacé d'un côté ou de l'autre par un spasme des muscles obliques. Ces spasmes sont assez simples car ils semblent limités à la paroi abdominale sans participation du diaphragme. Il n'en est pas de même dans le cas suivant beaucoup plus complexe.

Observation XIII. — Une femme de 32 ans, La., est atteinte depuis trois ans d'un tic de la respiration qui consiste à imiter avec ses lèvres le hennissement du cheval et d'un tic bien plus étrange qui consiste dans un mouvement particulier de la paroi abdominale.

Le père qui était gravement alcoolique est mort phtisique, les autres parents ne présentent pas de tares nerveuses. L'enfance et la jeunesse paraissent avoir été normales quoique l'enfant fût très émotive. Mariée de bonne heure, à 17 ans, elle n'eut jamais d'enfants, ce qui détermina beaucoup d'ennuis et de tristesses. Le premier incident notable se place vers 20 ans, La. s'aperçut qu'elle perdait ses cheveux, je n'ai pu relever aucun signe de syphilis et ne sais à quoi attribuer cette chute des cheveux qui fut, paraît-il, assez grave. La. s'en inquiéta énormément, devint triste, refusa de manger, et ne se rétablit que d'une manière incomplète, quand une dizaine de mois plus tard les cheveux repoussèrent. A l'âge de 25 ans, à la suite de grandes fatigues et de mauvaises affaires commerciales, l'anorexie recommença. Elle se crut mourante, fit son testament, s'imposa à elle-même des remèdes bizarres, refusa toute alimentation raisonnable et tomba dans un profond dépérissement. A la suite d'une hémorragie nasale, elle prétendit se sentir étouffée et gênée à l'estomac et commença à faire entendre continuellement de petits cris. A la suite de la visite d'un médecin qui l'avait vivement menacée, elle renonça à la diète qu'elle s'était imposée et tomba immédiatement, comme cela arrive souvent, dans l'excès opposé. La. se mit à manger énormément et à tout moment. Elle se plaignait de souffrir constamment dans l'estomac

qui n'était pas rassasié. Il y avait, disait-elle, quelque chose qui la serrait à l'estomac, une barre dure, et quelque chose qui la grattait, qui remuait en dedans. « C'est comme une bête, logée en dedans, qui remue, qui dévore tout ce que je mange, c'est d'ailleurs pour cela que la nourriture ne me profite pas. » Ce mouvement du ventre dont elle se plaignait était d'ailleurs visible et consistait en mouvements de resserrement et d'extension, en ondulations de la paroi abdominale. Son père mourut à ce moment, elle éprouva également des pertes d'argent, qui augmentèrent sa tristesse, son hypocondrie, et ces deux symptômes, les petits cris et le mouvement du ventre, s'aggravèrent énormément.

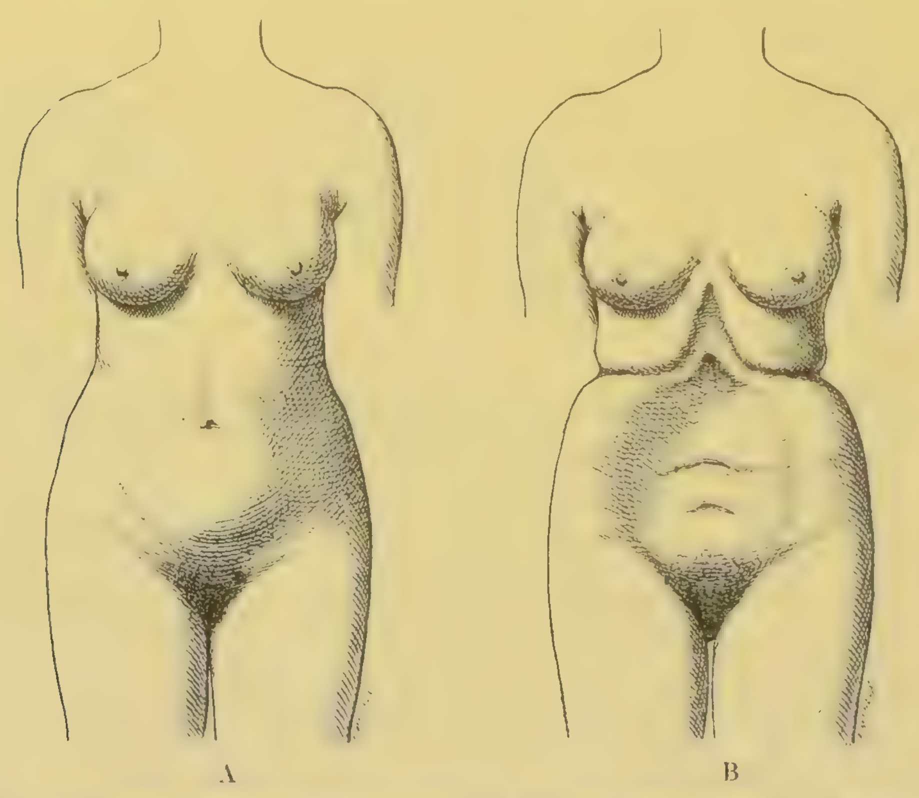



Fig. 39. — Spasme des muscles abdominaux et du diaphragme chez La. A. état normal. B aspect de l'abdomen au moment du spasme, l'abdomen se creuse, la peau fait un pli très accentué à la limite inférieure des fausses côtes, l'ombilic est fortement remonté.

Les petits cris sont devenus plus bruyants, ils consistent en un souffle brusque au travers des lèvres à demi serrées et imitent maintenant assez bien le hennissement du cheval. Tant que ces hennissements se font entendre assez régulièrement, 3 ou 4 fois par minute, le ventre reste calme. Si les hennissements s'arrêtent, c'est que l'autre tic se produit et que le ventre se met en branle.

Rien n'est plus curieux que ce mouvement du ventre que je ne peux mieux exprimer qu'en disant que la malade

semble avaler son ventre. Je n'ai malheureusement pas pu conserver de photographies de cette malade, mais j'en ai pris un croquis que je demande la permission de reproduire malgré son imperfection (fig. 39). Le ventre est d'abord normal en A, assez gros et assez fortement proéminent, puis tout d'un coup en B on voit se creuser une dépression à la limite des fausses côtes et de l'appendice xyphoïde, le pli se creuse et toute la paroi abdominale semble rentrer et disparaître dans cette ouverture, le ventre devient plat et creux, la peau est tendue et tirée en haut, l'ombilic énormément déplacé arrive près des côtes. C'est au moment où l'ombilic semble devoir disparaître, devoir être avalé lui aussi que le ventre ressort lentement de cette dépression, se gonfle et reprend sa forme primitive. Ce manège s'opère régulièrement 10 à 12 fois par minute. Si on appuie sur l'épigastre, il cesse ; mais aussitot le hennissement reprend ; si on cesse la pression, le hennissement s'arrête et le mouvement du ventre recommence. Tout cela ne cesse définitivement que la nuit, pendant le sommeil profond. Une légère hypoesthésie siégeant surtout sur le thorax et les bras et non sur l'épigastre et l'abdomen dont la sensibilité cutanée est restée normale, un certain degré de rétréeissement du champ visuel, des mouvements subconscients faciles à déterminer, des tremblements, quelques petites attaques complètent ce tableau de spasme hystérique de l'abdomen.

Ces accidents, quand ils sont sérieux, sont d'ordinaire plus facilement diagnostiqués que les contractures précédentes : ils déterminent des mouvements qui sont plus visibles et surtout mieux sentis et mieux décrits par les malades. Dans certains cas cependant il y aura lieu de les soupçonner et de les rechercher pour expliquer divers troubles viscéraux.

### 3. — *Les paralysies des muscles du tronc.*

Les paralysies complètes des muscles du tronc sont beaucoup plus rares que les contractures et je n'en ai recueilli qu'une observation bien nette[1] mais elle est très remarquable et elle nous pro-

1. Voir dans le deuxième volume de cet ouvrage une observation de paralysie unilatérale des muscles du tronc, cas de Iy, chap. sur les contractures.

pose quelques problèmes physiologiques fort curieux qu'il n'est pas facile de résoudre complètement.

Observation XIV. — Juliette, jeune fille de 14 ans à peine, est apportée à l'hôpital dans le service de M. Raymond, sur un brancard, car elle est absolument incapable non seulement de marcher, mais même de se tenir assise, de remuer son corps le moins du monde. Elle a une obésité surprenante et semble une lourde masse de graisse



Fig. 40. — Photographie de Juliette âgée de 14 ans. Paralysie des muscles du tronc et obésité

affalée sur un lit. La photographie faite par M. Londe nous représente assez bien l'aspect de la malade à son entrée et laisse comprendre combien il est difficile de la transporter (fig. 40). Or les parents nous affirment qu'il y a six mois à peine cette enfant était maigre et svelte, qu'elle pouvait remuer et courir. Voici dans quelles circonstances s'est effectué ce changement.

La famille présente des tares nerveuses, le père et le grand-père

étaient des alcooliques. Du côté de la mère nous notons une tante morte jeune d'un accès de chorée paralytique (?), la mère elle-même a présenté d'assez graves accidents hystériques, des vomissements incoercibles et des crises, elle a conservé longtemps des symptômes d'anorexie ne voulant se nourrir que de vinaigre, d'alcool ou même d'aliments malpropres. Après la naissance de cet enfant tous les symptômes nerveux de la mère ont disparu complètement, « c'est la petite qui a pris toute la maladie, disent les parents ».

Juliette fut toujours une enfant maladive, pendant les premiers mois il semblait impossible de la faire dormir, plus tard elle eut des diarrhées graves et resta très faible. Cependant elle eut un développement intellectuel plutôt précoce et apprenait très facilement : elle était seulement très émotive et très colère. A l'âge de cinq ans, elle fut la victime d'un accident grave qui me semble bien être le point de départ de tous les bouleversements nerveux survenus plus tard. En jouant avec d'autres enfants elle tomba dans un puits de douze mètres de profondeur. Il fallut une demi-heure pour la rechercher et on la trouva au fond cramponnée à la paroi faisant des effort désespérés pour s'accrocher aux pierres. L'homme qui pratiqua ce sauvetage la tint d'abord par un bras, mais elle lui échappa et retomba dans l'eau, il parvint alors à la saisir par un pied et c'est par ce pied qu'il la tira pendant une partie de l'ascension.

L'enfant fut ramenée dans un état de terreur facile à concevoir, mais surtout extraordinairement agitée ; sans délirer précisément elle parlait continuellement, et ce bavardage plus ou moins incohérent dura trois jours. Pendant trois semaines elle resta encore fort troublée ; dès qu'elle s'endormait elle faisait de nouveau avec les pieds et les mains des mouvements comme pour s'accrocher et grimper, et elle poussait des cris de terreur. Cependant tout parut se rétablir, l'enfant resta seulement plus nerveuse, plus colère, mais cependant très intelligente et de beaucoup la première de son école.

A 7 ans, Juliette est atteinte de fièvre typhoïde : un grand délire dure pendant deux mois, elle se rétablit cependant encore et son intelligence ne paraît pas touchée ; au contraire, on constate une excitation cérébrale et une mémoire extraordinaire. Sa facilité de travail intellectuel semble anormale et le médecin cherche à le restreindre et à diminuer les études.

A 11 ans, premier début des règles qui, à un grand intervalle, n'apparaissent que deux fois.

A 12 ans, voici une forte atteinte d'influenza qui achève la désorganisation cérébrale et devient le point de départ des accidents nerveux. L'enfant est faible, mange peu, elle s'ennuie, remue tout le temps et prétend qu'elle étouffe. Des crises d'hystérie commencent et se répètent tous les jours pendant quatre mois. Ces crises convulsives sont assez graves et laissent souvent à leur suite pendant quelques heures de la cécité et du mutisme. Dans le cinquième mois les crises s'espacent, mais on voit se développer des mouvements choréiques, surtout dans le bras et la jambe droite, puis à la suite d'une légère émotion, l'annonce d'un incendie chez la grand'mère, des secousses dans le thorax et dans l'abdomen. Un peu plus tard l'enfant est faible, ne peut plus, dit-elle, soutenir sa tête qui retombe ; elle refuse de manger et n'accepte qu'à boire. Elle se met bientôt à boire énormément, cinq litres d'eau par jour, et commence à engraisser. En deux mois elle devient énorme et peu à peu cesse de pouvoir bouger de son lit, la paralysie se développe en même temps que l'obésité.

Cette obésité assez considérable, 74 kilos pour une enfant de 14 ans qui est de petite taille, n'est pas absolument générale ; comme on le voit un peu d'après la photographie, les bras et surtout les jambes sont restés assez minces et sans couche adipeuse, la figure est celle d'une enfant de cet âge sans grosseur exagérée. Au contraire, le thorax et l'abdomen sont difformes, les seins sont énormes et l'abdomen paraît gonflé, quoiqu'il n'y ait point de météorisme, tellement la couche adipeuse est développée. La peau des seins, du ventre, de la partie supérieure des cuisses est couverte de vergetures comme chez une femme enceinte.

La paralysie a la même localisation que l'obésité. La face est absolument intacte, la malade ferme les yeux, ouvre la bouche, change sa physionomie sans difficulté, elle peut parler et manger très facilement. Les mouvements des bras sont normaux et la malade peut s'en servir de toute manière. Les mouvements des jambes sont plus altérés. Quand on tient la malade debout, ce qui n'est pas facile, on voit qu'elle ne sait plus marcher, elle fait des mouvements incohérents et les jambes s'embarrassent l'une dans l'autre. Mais les jambes ne sont pas paralysées, elles font, quand la malade est couchée, tous les mouvements que l'on demande et avec une certaine force. Il s'agit, en un mot, d'astasie-abasie : c'est un point de l'observation que M. le professeur Raymond a déjà traité et sur lequel je n'insiste pas maintenant.

Si la face, les bras, les jambes ne sont pas réellement paralysés, il n'en est pas de même du tronc. Les mouvements du cou sont déjà très insuffisants : la malade ne peut qu'effectuer des mouvements de latéralité, tourner la tête d'un côté ou de l'autre, il lui est impossible d'abaisser la tête quand elle est couchée ou de la relever quand elle est tenue debout. La tête pend en avant ou en arrière absolument inerte. Il en est de même pour le tronc qui ne peut absolument exécuter aucun mouvement. La malade ne peut se soulever ni se retourner ; il est bien difficile de l'asseoir, et malgré des appuis elle ne peut garder cette position, car elle roule d'un côté ou de l'autre. Ce n'est qu'en s'accrochant avec les bras, qui, comme on l'a vu, ont conservé le mouvement, qu'elle peut se déplacer un peu ou aider les personnes qui la déplacent. Enfin elle ne peut effectuer aucun des mouvements volontaires du thorax ou de l'abdomen, ni arrêter sa respiration qui, comme on le verra, a des caractères tout particuliers, ni contracter ou gonfler son abdomen. Seuls les mouvements qui persistent sont les mouvements respiratoires ; il est vrai que ceux-ci s'exécutent avec une violence et une rapidité extraordinaire, le thorax est violemment soulevé par chaque inspiration, la secousse gagne même les épaules, et ces mouvements violents se répètent de 90 à 110 fois par minute ; c'est une polypnée intense dont nous aurons à étudier les caractères. En dehors de ces mouvements on constate en résumé une paralysie complète de presque tous les muscles du tronc.



Fig. 41. — Répartition de la sensibilité cutanée chez Juliette pendant d'assez longues périodes de la maladie. Cette répartition est chez cette malade extrêmement variable.
■ anesthésie.
— = hypoesthésie plus accentuée aux extrémités.

Cette paralysie en rapport avec les attaques et les chorées précédentes, s'accompagne encore maintenant de stigmates hystériques ; il existe sur tout le corps une analgésie très marquée avec dissociation dite syringo-myélique, sur la main gauche Juliette sent les contacts légers mais ne perçoit ni les piqûres, ni les brûlures. L'anesthésie proprement dite et complète a des limites variables, tantôt elle forme des plaques irrégulières siégeant surtout

au niveau des articulations, tantôt et plus souvent elle s'étend sur toute la moitié droite du corps. Cette hémianesthésie droite a ici un caractère intéressant, elle dépasse partout notablement la ligne médiane et elle s'étend surtout sur l'abdomen presque entier (fig. 41). Si on ajoute que le sens du goût est très affaibli, qu'il y a un rétrécissement notable du champ visuel et que la malade est hypnotisable, on n'aura pas d'hésitation à reconnaître le caractère hystérique de ces paralysies. Mais il n'en reste pas moins beaucoup de problèmes à étudier sur leurs résultats et leurs mécanismes.

## 4. — *Troubles des fonctions digestives et respiratoires déterminés par les contractures et les spasmes.*

Il est facile de remarquer dans toutes les observations précédentes que plusieurs fonctions physiologiques sont, comme on pouvait le prévoir, gravement altérées par ces contractures. Il est évident que la station verticale, la marche, les divers exercices qui exigent des mouvements du corps sont tout à fait troublés, quand les malades se tiennent constamment penchées de côté ou en avant comme Gk. ou No. Mais il en est de même quand la contracture est assez symétrique pour ne pas se manifester d'une façon aussi grossière. Go., M., marchent à petits pas toutes raides comme empalées, elles peuvent difficilement se tourner, ramasser un objet, travailler. Cette même gène est produite par une contracture beaucoup plus limitée, siégeant par exemple sur un muscle intercostal, et ces douleurs vives qui arrêtent les malades au moindre effort n'ont souvent pas d'autre origine. On sait combien une douleur persistante peut contribuer à la suppression ou à l'arrêt du mouvement. Mœbius a décrit sous le nom d'*akinesia algera* l'état de ces malades qui évitent de faire un mouvement de peur de souffrir. Le fait est très fréquent chez les hystériques, et de véritables paralysies psychiques peuvent survenir à la suite d'une de ces petites contractures négligée et persistante. Les paralysies hystériques, comme on sait, sont loin d'avoir toujours le même mécanisme, à côté des paralysies par émotion persistante, des paralysies par amnésie des images motrices en rapport avec l'exagération de l'anesthésie et de l'amyosthénie[1] se placent

1. P. Janet. *Accidents mentaux des hystériques*, 1894. p. 125.

ces paralysies par crainte de la douleur, souvent en rapport avec une petite contracture partielle. Il est inutile d'insister sur la gène que déterminent les spasmes bizarres du ventre tels que ceux de Dr. et de La.

En dehors du mouvement proprement dit nous trouvons plusieurs fonctions également altérées. On a vu que chez M. et Go. la miction est soit supprimée, soit rendue très difficile. Le cas se complique chez M. par une contracture du sphincter vésical qui résiste à la sonde. Mais il n'y a pas de semblable complication chez Go. qui évidemment n'arrive plus à uriner parce qu'elle ne peut que difficilement contracter sa paroi abdominale et parce qu'elle recule indéfiniment le moment de la miction par la crainte de la douleur causée par ces contractions.

Il est probable, et l'étude que je fais actuellement d'un cas intéressant, semble le confirmer que ces contractures des muscles du tronc et des muscles des viscères gênent la fonction menstruelle et peuvent être pour quelque chose dans la dysménorrhée de ces malades. Mais il est évident que deux fonctions surtout sont altérées par ce phénomène, la digestion et la respiration.

Toutes ces malades mangent difficilement et digèrent mal. Chez Co. les troubles gastriques, l'état saburral ont commencé subitement en même temps que les contractures. On voit toujours l'augmentation de celles-ci coïncider avec une aggravation des troubles gastriques. La plupart des autres malades ont des vomissements qui, chez M., prouvent un caractère tout à fait inquiétant. Chez une autre jeune femme, Gu., dont je n'ai pas rapporté l'observation trop semblable aux précédentes, une forte contracture des muscles du tronc et des muscles de l'estomac survenue subitement après une émotion (elle avait été renvoyée de son atelier et perdait son gagne-pain) a été accompagnée par des vomissements de sang.

Ceux-ci, malgré tous les soins, se sont prolongés jusqu'au moment où, par le massage pratiqué pendant l'état somnambulique, on a fait céder la contracture abdominale et la contracture de l'estomac ; depuis ils n'ont plus reparu. La relation des vomissements et des hématémèses avec ces contractures est dans ce cas bien visible. Elle apparaît également dans les autres. En effet, on verra que le plus souvent on peut, par divers procédés, faire disparaître ces contractures au moins pour un certain temps. Il est

facile de constater immédiatement une amélioration considérable de la digestion; par exemple, dès que les muscles du tronc ne sont plus ainsi immobilisés en contraction, M. cesse de vomir. Sans doute, il y a pour ces vomissements d'autres facteurs que j'espère étudier plus tard, je n'oublie pas les contractures viscérales, de l'œsophage, du cardia, de l'estomac, du pylore, celles de l'intestin si bien étudiées récemment par M. J. Geoffroy[1] et dont j'ai bien souvent constaté la présence en même temps que celle des contractures des muscles du tronc; il faut probablement tenir compte également des anesthésies, comme l'a montré M. Jules Janet, il y a déjà plusieurs années et probablement d'autres phénomènes également; mais je remarque seulement que le phénomène étudié aujourd'hui est l'une des conditions de ces troubles gastriques.

A côté de ces troubles gastriques il faut placer un trouble qui est très fréquent et qui joue un rôle considérable dans les maladies nerveuses, c'est la constipation. Ce symptôme si tenace et si grave quelquefois dépend de bien des conditions, mais il est l'une des conséquences les plus régulières de la contracture de l'abdomen. La paroi comprime l'intestin d'une manière uniforme et continue, elle reste immobile même si la contracture est incomplète car dans ce cas une douleur arrête chaque tentative de mouvement. Ajoutez que le sujet redoute ces efforts pour aller à la selle et les recule indéfiniment, que des anesthésies, des paralysies et des contractures de l'intestin viennent s'ajouter à ce trouble des mouvements de la paroi. C'est dans ces cas que l'on observe ces graves rétentions de matières fécales pendant trois ou six semaines comme chez M., ces rétentions de matières déterminent des états infectieux qui se manifestent souvent par de véritables confusions mentales. Dans un cas de ce genre, chez une malade intéressante que j'espère étudier plus tard, j'ai vu un état de stupeur disparaître après un véritable curage de la cavité rectale que j'ai été obligé de pratiquer. Ces rétentions doivent donc préoccuper au plus haut point le médecin et sont très difficiles à traiter si l'on ne se préoccupe pas de la contracture abdominale qui en a été le point de départ.

Les troubles de la respiration ne sont pas moins considérables

1. J. Geoffroy. Rôle du spasme et de la contracture dans les affections des organes digestifs, description, diagnostic, traitement. *Communication au Congrès de médecine de Moscou*. 1897.

ni moins intéressants, je ne puis les étudier ici complètement car ils se compliquent presque toujours par la modification des fonctions du diaphragme, dont j'ai, à tort ou à raison, réservé l'étude pour un travail particulier. Sans entrer ici dans l'étude si intéressante de la respiration des hystériques, je signalerai les modifications qui me paraissent surtout dépendre de l'état des parois thoraciques ou abdominales. Il est bien évident que ces contractures des parois ne peuvent que gêner l'inspiration et l'expiration, on s'en rend compte facilement en mesurant au spiromètre la puissance de l'inspiration. Un sujet qui dans l'état normal peut avoir une inspiration forte d'un litre d'air et qui peut par expiration déplacer un litre, ne peut plus aspirer ou souffler que 400$^{cc}$ ou même 150$^{cc}$, quand il a le thorax ou l'abdomen contracturé, et cette puissance respiratoire peut encore s'abaisser au-dessous, car il ne s'agit là

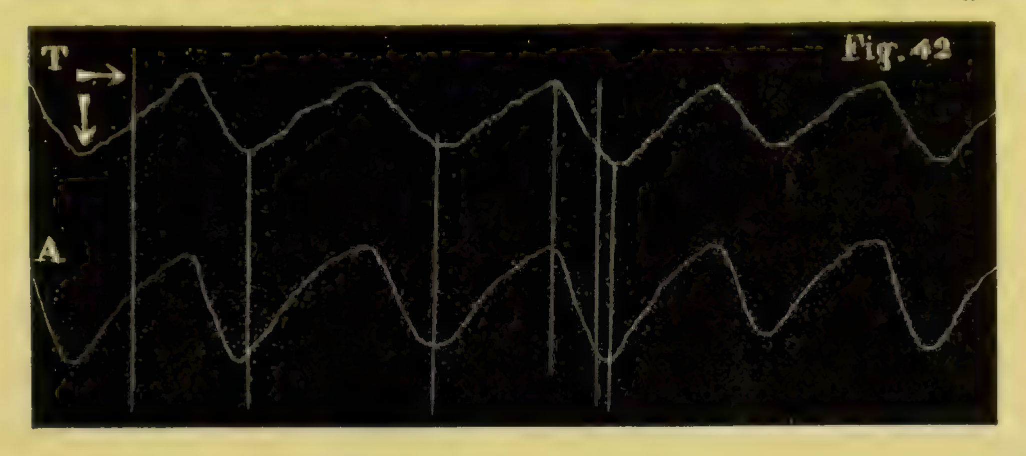



Fig. 42. — Tracé de la respiration normale, 15 respirations par minute. T respiration thoracique. A abdominale. La flèche horizontale indique dans toutes ces figures dans quel sens on doit lire le graphique, la flèche verticale indique dans quel sens sont inscrits les mouvements de dilatation du thorax ou de l'abdomen, les lignes verticales indiquent les points simultanés.

que des inspirations forcées et le sujet se garde bien de ces efforts qui sont douloureux, le graphique de la respiration montre bien ces altérations.

Prenons (fig. 42) un exemple de respiration normale comme terme de comparaison. La respiration est inscrite avec le nouveau pneumographe de Verdin, dont le principe est identique à celui de l'ancien pneumographe de Paul Bert. Deux petites boîtes métalliques sont fixées verticalement sur une lame rigide, chacune des boîtes est fermée par une membrane de caoutchouc au milieu de laquelle est fixé un crochet. Une bande qui fait le tour du corps est attachée à chaque crochet avec un degré de tension suffisante pour que même dans les expirations les plus fortes les

membranes restent encore légèrement tendues. Un de ces appareils est appliqué sur le sternum au niveau de l'insertion de la 4e côte, la bande circulaire passe sous les aisselles et au-dessus des seins. Un second appareil est appliqué sur le ventre au niveau de l'ombilic. Les deux styles des tambours enregistreurs en rapport avec ces appareils sont bien réglés de manière à inscrire la même ligne verticale quand on les déplace ensemble, le cylindre étant immobile. Les tracés sont disposés pour être toujours lus de gauche à droite dans le sens de la flèche horizontale. Dans mes premiers graphiques, je me suis conformé à la règle de Marey : la courbe doit représenter les oscillations de la colonne libre d'un manomètre en communication avec la source du mouvement, or cette colonne s'abaisserait évidemment pendant l'inspiration pour se relever pendant la période contraire. L'inspiration est donc inscrite en bas, l'expiration en haut. Cette règle repose sur ce principe : « Quand on lit un tracé des mouvements respiratoires on pense naturellement à la pression plus ou moins grande que l'on éprouve dans le poumon, or cette pression monte dans l'expiration et descend dans l'inspiration[1]. » Dans d'autres expériences, ayant eu à me préoccuper non de la pression de l'air dans la poitrine, mais du simple mouvement d'élévation de la poitrine ou de l'abdomen en rapport avec d'autres mouvements dans le même sens, j'ai été amené à admettre que toute dilatation, toute élévation s'inscrivait en haut et j'ai inscrit les inspirations dans ce sens. Ce changement de méthode dans l'inscription amène un grave inconvénient que je regrette, c'est de nous donner deux genres de graphiques différents. Pour éviter les erreurs, une flèche verticale indique par sa direction dans quel sens sont inscrits les mouvements d'élévation du thorax ou de l'abdomen, les malades étant couchés. La ligne supérieure T indique les mouvements du thorax, la ligne inférieure A les mouvements de l'abdomen, enfin les lignes verticales servent à marquer les points du tracé qui sont simultanés, les lignes droites horizontales tracées par le style immobile servent, dans certains cas, de repères pour noter les élévations ou les abaissements de la courbe. Dans la figure 12 qui représente une respiration normale de 15 respirations par minute on note que l'inspiration et l'expiration sont régulières, sans arrêts et qu'il y a concordance c'est-à-dire parallélisme complet entre les deux courbes.

1. Marey, *Méthode graphique*, p. 203.

La figure 43 nous montre les effets d'une contracture incomplète du thorax : les mouvements du thorax sont extrêmement diminués dans les deux sens, une petite inspiration courte existe encore mais l'expiration est lente et difficile car les muscles intercostaux ne se relâchent pas, la respiration abdominale est au

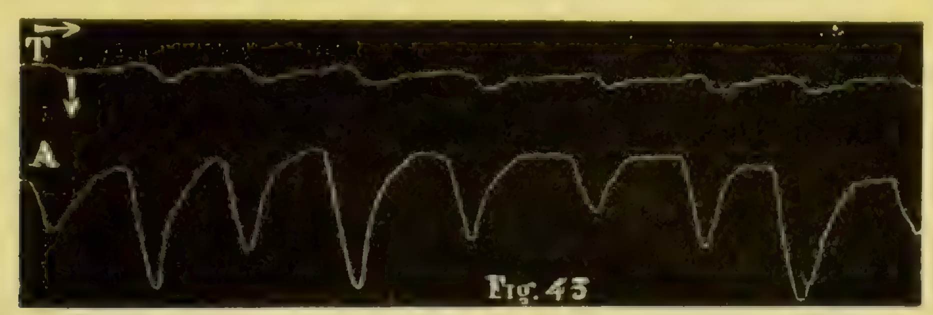



FIG. 43. — Graphique de la respiration dans un cas de contracture incomplète des muscles du thorax. T respiration thoracique. A. resp. abdominale. 23 respirations par minute.

contraire complète et plutôt augmentée, le nombre des respirations est augmenté légèrement, 23 par minute. Dans la figure 44 la contracture du thorax est plus complète et détermine l'immobilisation presque totale ; l'inspiration est prolongée et difficile comme

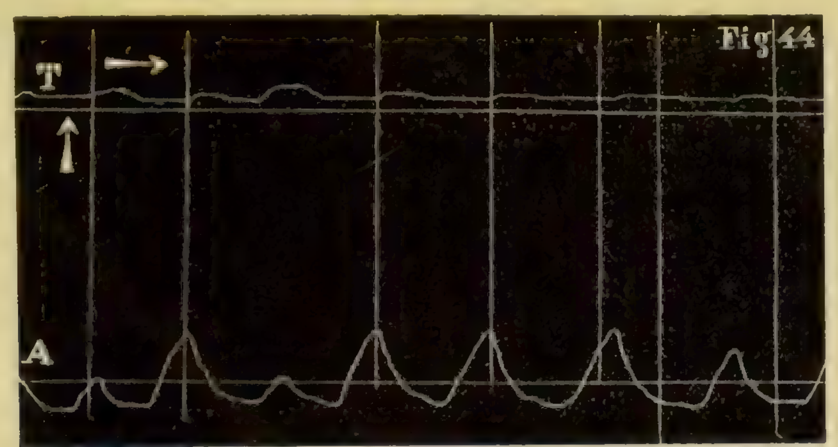



FIG. 44. — Respiration dans un cas de contracture plus complète des muscles du thorax. T respiration thoracique. A abdominale.

l'expiration, le rythme est de 22 par minute ; la respiration abdominale est forte mais commence à être irrégulière. Ces graphiques rappellent tout à fait ceux qui ont été observés par M. Régnard dans des cas de fracture de côtes où l'on constate également l'immobilisation du thorax pendant que l'abdomen fait seul les mouvements respiratoires[1]. Dans d'autres cas de contractures

1. Régnard, *Variations pathologiques des combustions respiratoires*, 1879, p. 168.

des muscles du thorax, j'ai noté, outre les modifications précédentes, une augmentation considérable du nombre des respirations qui s'élevait jusqu'à 60 par minute.

Voici au contraire dans les deux figures suivantes (fig. 45 et 46) la respiration dans deux cas de contractures des muscles de l'abdomen, c'est la respiration thoracique qui subsiste presque seule avec 24 respirations par minute, assez régulières dans le premier cas, avec 14 respirations très grandes et très irrégulières dans le

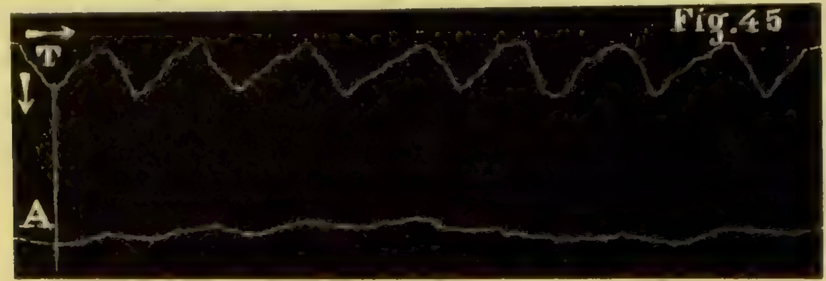



Fig. 45. — Tracé de la respiration dans un cas de contracture des muscles de l'abdomen. La signification des lettres et des flèches reste la même que dans les figures précédentes.

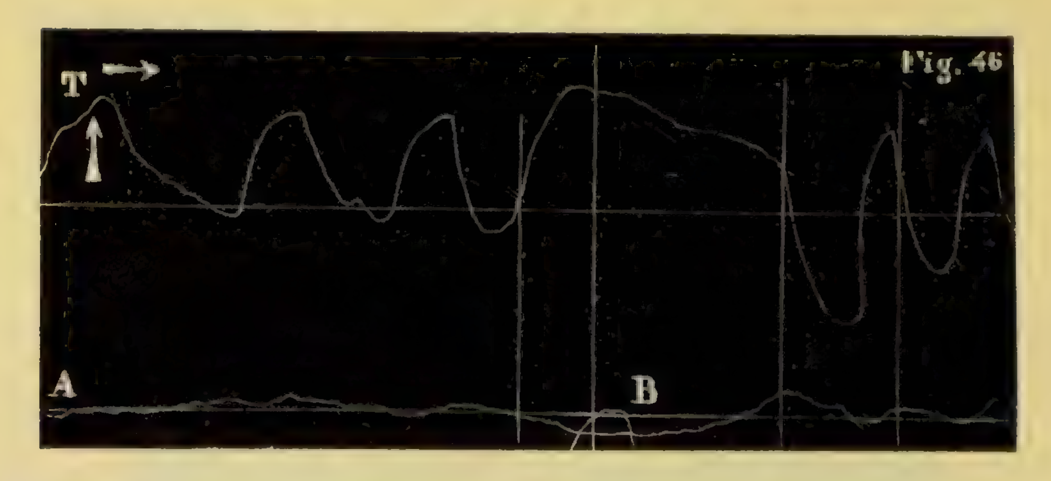



Fig. 46. — Graphique de la respiration dans un cas de contracture des muscles de l'abdomen T Respiration thoracique irrégulière. A arrêt presque complet de la respiration abdominale, B discordance des tracés.

second cas. Les mouvements de l'abdomen sont à peu près disparus dans les deux cas, on note dans le second une tendance à des mouvements inverses de ceux du thorax, au point B par exemple, comme si le spasme s'augmentait au moment de l'effort d'inspiration : cette forme du graphique sera discutée à propos des paralysies. On peut également rapprocher ces graphiques de ceux qui ont été obtenus par M. Régnard dans des cas de péritonite où la respiration abdominale était de même presque supprimée[1].

1. Id. *Ibid.*, p. 192.

Très souvent ces irrégularités de la respiration gênée par la contracture des muscles de l'abdomen prennent une forme un peu spéciale que j'ai observée à plusieurs reprises (fig. 47 et 48), c'est

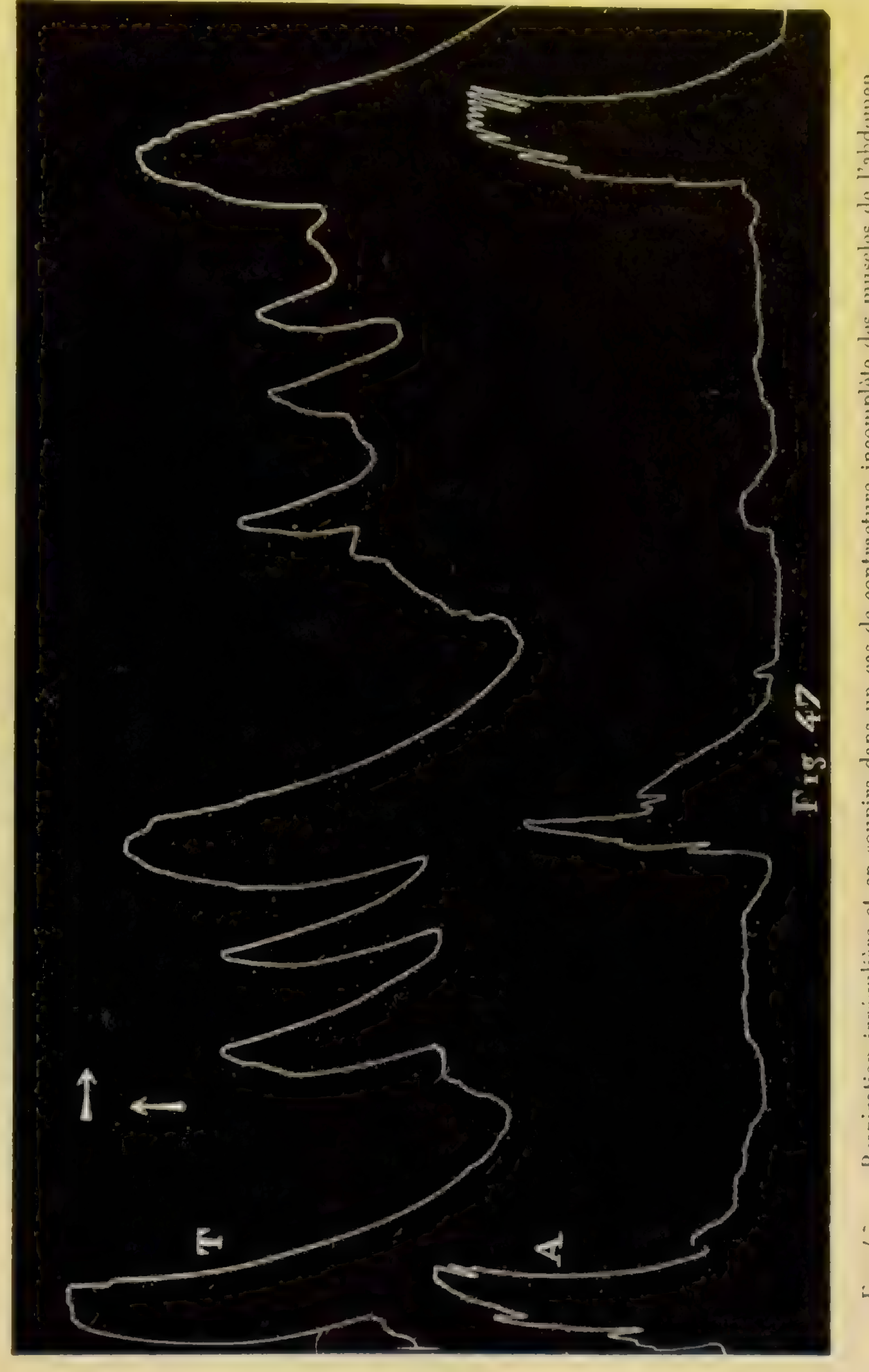



Fig. 47. — Respiration irrégulière et en soupirs dans un cas de contracture incomplète des muscles de l'abdomen.

la respiration en soupirs qui rappelle un peu si l'on veut le type de Cheyne-Stokes. Un violent effort d'inspiration triomphe pour un moment de la résistance des muscles et détermine un fort sou-

pir, après ce soupir la respiration diminue et cesse même complètement dans l'abdomen ; elle augmente peu à peu dans le thorax jusqu'à un nouveau soupir qui secoue le thorax et l'abdomen. On peut se demander si, dans ce dernier cas, le spasme du diaphragme ne joue pas le principal rôle. Ce spasme du diaphragme intervient évidemment, dans certains cas il existe seul, comme si les sujets avaient un tic qui consiste à pousser continuellement de gros soupirs. Mais dans d'autres observations, et en particulier chez les sujets qui ont fourni les graphiques précédents, ce spasme du diaphragme semble secondaire, puisqu'il disparaît dès que l'on supprime la contracture des muscles droits de l'abdomen.

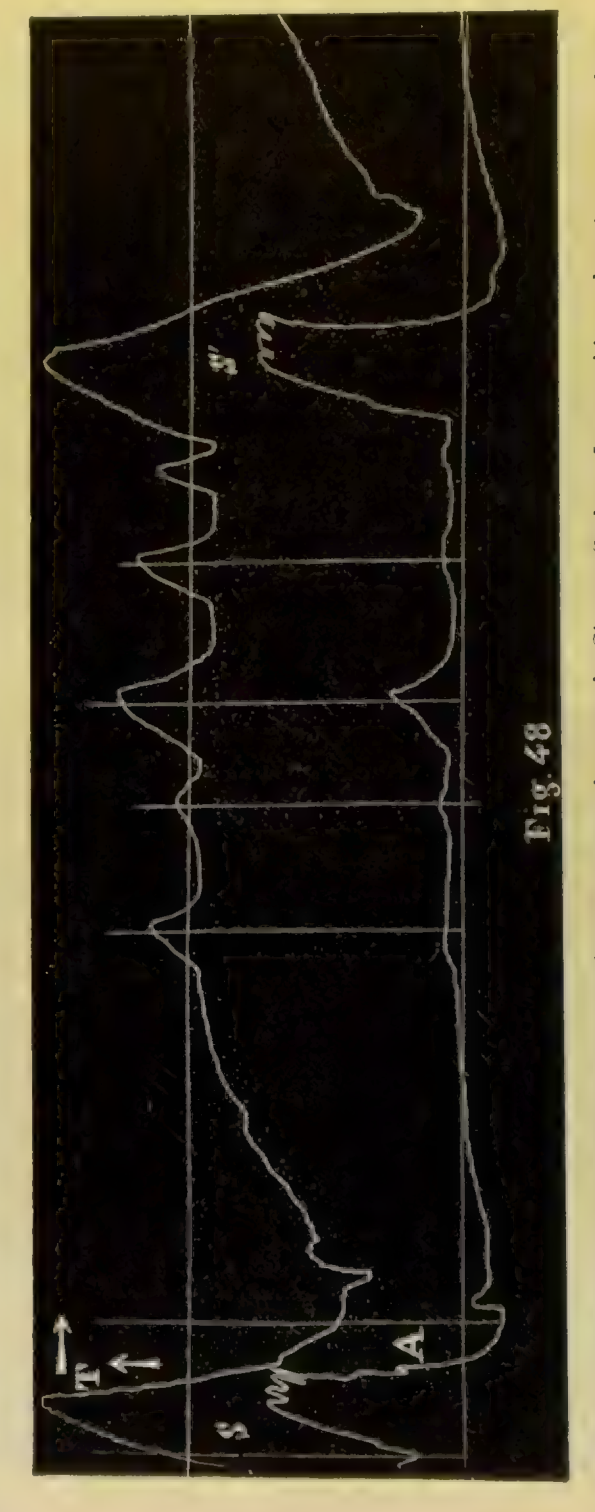



Fig. 48. — Respiration en soupirs se rapprochant un peu du type de Cheyne-Stokes. Le graphique dont je ne puis donner qu'une partie reproduit indéfiniment d'une manière assez régulière la période qui s'étend de S à S'. Ce tracé est pris dans un cas de contracture incomplète des muscles de l'abdomen chez la malade décrite dans l'observation I sous le nom de Gk.

En même temps que ces modifications de la mécanique respiratoire, on constate des changements notables dans les phénomènes chimiques de la respiration. Dans des expériences que je poursuis depuis deux ans avec M. Charles Richet, je constate que ces malades expirent beaucoup moins d'acide carbonique que l'homme normal, 120$^{cc}$, par exemple, par kilo et par heure, au lieu de 250$^{cc}$ que l'on pourra observer sur le même sujet quand

il sera revenu à l'état normal. Mais ces modifications du chimisme respiratoire persistent souvent après la disparition des contractures et existent au plus haut point chez des sujets qui n'ont jamais eu ce trouble du mouvement des muscles du thorax; elles varient surtout d'une manière intéressante suivant l'activité cérébrale et mentale du sujet, suivant qu'il est dans l'état d'engour-

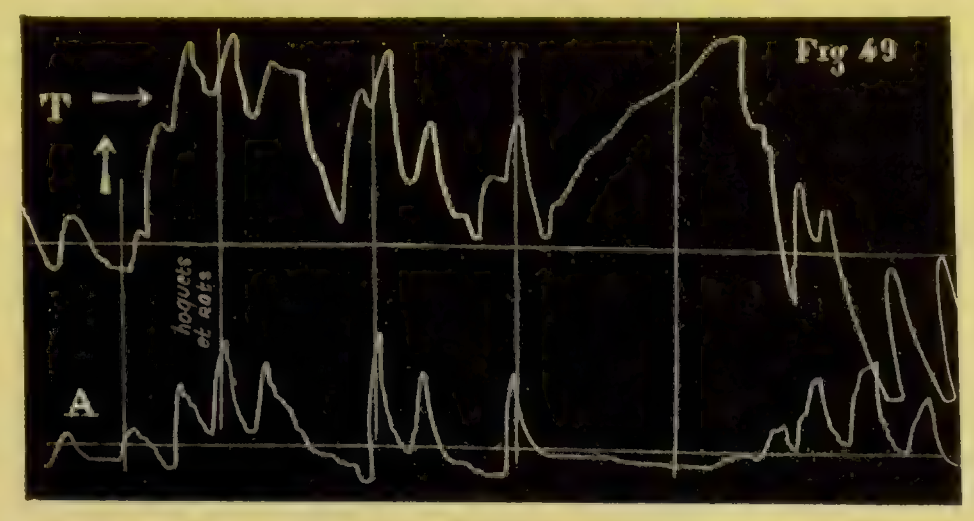



Fig. 49. — Respiration dans un cas de spasmes des muscles du thorax et de l'abdomen chez Si.

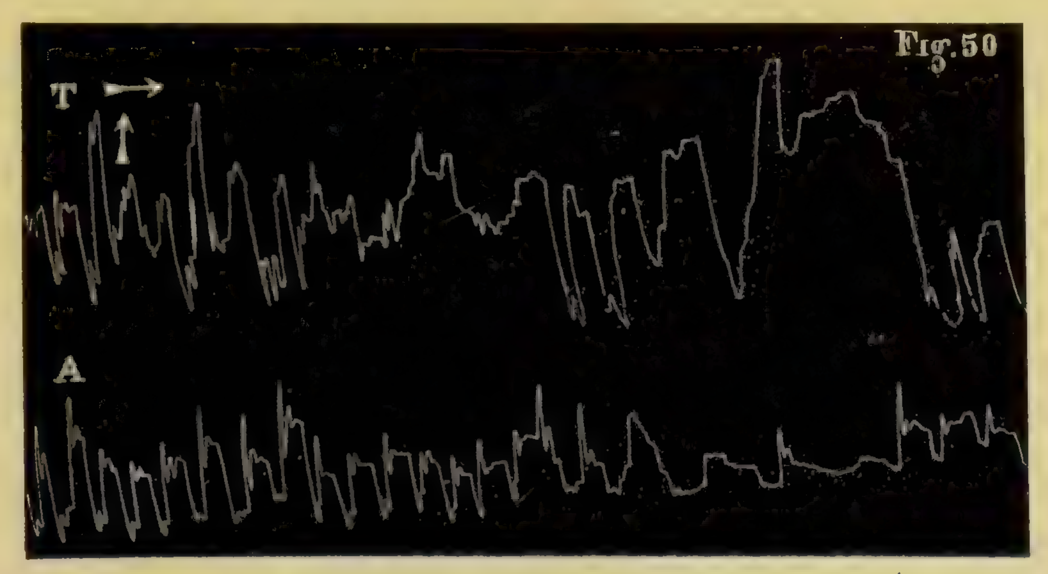



Fig. 50. — Respiration dans un cas de spasmes des muscles du thorax et de l'abdomen chez Iy. Les observations de ces deux malades Si. et Iy. seront données dans le second volume de cet ouvrage, je me borne à rapprocher ici ce trouble de la mécanique respiratoire des précédents.

dissement et d'anesthésie ou dans l'état de sensibilité complète. Nous ne pouvons donc insister ici sur ces faits qui se rattachent plutôt à l'étude de la nutrition chez les hystériques.

Quant aux spasmes et aux tics des muscles du tronc ils peuvent s'accompagner de toutes les perturbations possibles de la respiration. Il suffit de donner deux graphiques (fig. 49 et 50) comme

exemple de ces tracés fantaisistes que donnent les appareils appliqués sur le thorax et l'abdomen de ces malades[1]. Ces tracés ne correspondent pas uniquement à la respiration mais enregistrent toutes ces secousses bizarres du tronc que déterminent les spasmes. Ces tracés sont pris sur deux malades qui seront étudiées avec plus de détails dans le second volume de ces travaux publié en collaboration avec M. le professeur Raymond. Le second graphique (fig. 50) a été pris chez une jeune fille de 25 ans qui, à la suite d'excès de masturbation, a conservé certains tics qui en reproduisent les mouvements malgré elle et à son insu. Les tics les plus intéressants sont ceux des jambes, mais les secousses de l'abdomen ne sont pas moins bizarres et elles déterminent la respiration que nous avons représentée ici.

### 5. — *Modifications respiratoires dans la paralysie des muscles du tronc.*

Nous ne pouvons tirer des conclusions aussi générales d'une seule observation, il faut seulement remarquer les faits qui dans le cas de Juliette ont accompagné la paralysie presque totale des muscles du tronc.

Nous retrouvons avec quelques modifications les troubles de la digestion. Juliette n'a guère de vomissements ; elle cherche toujours à refuser les aliments, mais en réalité les digère quand elle les a absorbés. Les fonctions de l'abdomen sont bien plus troublées : la constipation est peut-être plus opiniâtre encore que dans les cas précédents ; il n'y a plus jamais de selles spontanées et il faut de grands lavements d'huile poussés profondément dans une sonde de Nélaton pour obtenir une certaine évacuation. Il y a évidemment une paralysie de l'intestin qui accompagne celle de la paroi. A deux reprises, la même impuissance a porté sur la vessie et il a fallu sonder la malade ; je n'ai pas constaté à ce moment de paralysie vésicale, le jet d'urine par la sonde était normal. Mais ce fait a été rare, car d'ordinaire la miction n'était pas troublée.

C'est la respiration qui présente les modifications les plus inté-

1. On verra dans le second volume de cet ouvrage le graphique de la respiration d'une de ces malades qui paraissent faire rentrer leur paroi abdominale sous les côtes.

ressantes. Peu de temps après les premières attaques, surtout à la suite d'une mauvaise nouvelle, celle d'un incendie chez sa grand'mère, la malade se sentit gênée pour respirer, essoufllée comme elle disait, et faisait des mouvements de respiration plus

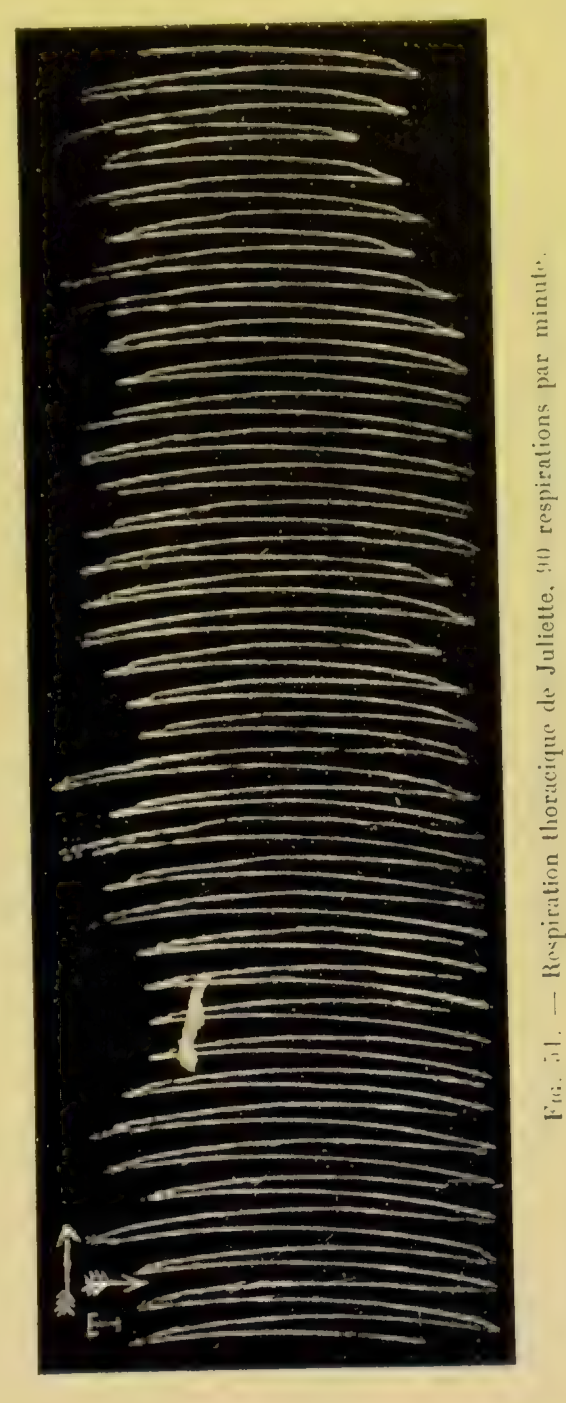


Fig. 51. — Respiration thoracique de Juliette. 90 respirations par minute.

amples et plus rapides. Cette exagération des mouvements respiratoires d'abord passagère, devint peu à peu constante surtout quand les attaques eurent cessé. Aujourd'hui on remarque tout d'abord que les mouvements respiratoires sont extrêmement exagérés, la poitrine et le ventre exécutent de grands déplacements, se soulèvent

avec violence et retombent. En outre, ces mouvements sont remarquables par leur vitesse, on observe constamment pendant la veille de la malade le chiffre énorme de 90 à 110 respirations par minute (fig. 51). C'est une polypnée considérable qui s'est prolongée plus de deux ans. Cette polypnée ne gêne pas beaucoup la parole, qui est nette, quoique la voix soit faible et que la malade ne puisse crier, les grands mouvements du thorax s'arrêtent un peu pendant la parole ; le rire très faible et de peu de durée existe

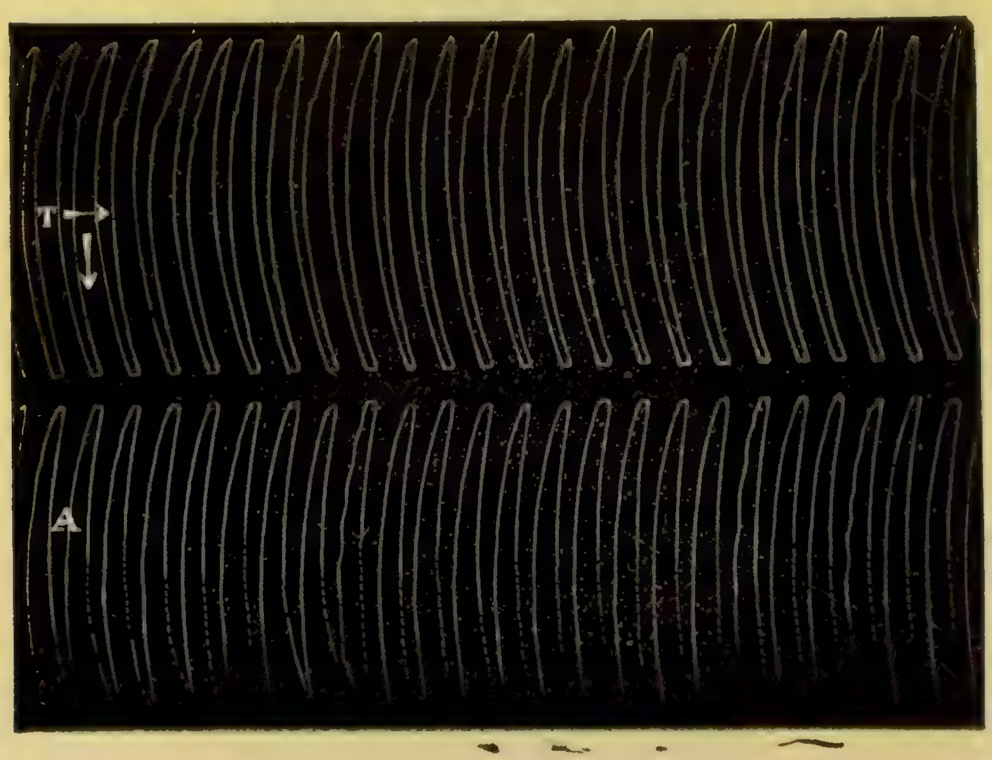



Fig. 52. — Respiration thoracique et abdominale de la même malade, Juliette. Les styles enregistreurs ont été rapprochés l'un de l'autre pour montrer l'antagonisme des deux respirations, de là les arrêts que l'on note à la partie inférieure de la courbe supérieure à la fin des inspirations. Petite vitesse du cylindre.

à peine ; des soupirs et des bâillements, sur lesquels je reviendrai, interrompent fréquemment la polypnée. Les hoquets, qui étaient très fréquents au début de ces troubles respiratoires et qui formèrent de véritables crises, ont complètement disparu depuis que la respiration a définitivement pris cette forme.

Il est important de rechercher si les battements du cœur subissent des modifications parallèles. Malheureusement, un ensemble de raisons, les secousses continuelles du corps, l'obésité, font qu'il est extrêmement difficile soit d'écouter le cœur, soit même de compter le pouls. Plusieurs personnes que j'ai priées de faire cette recherche n'ont pas réussi mieux que moi au moment de la plus

violente polypnée. Quand la polypnée est moindre on constate un pouls de 90 à 100 pulsations par minute.

A ces premières remarques s'en ajoute une autre fort grave,

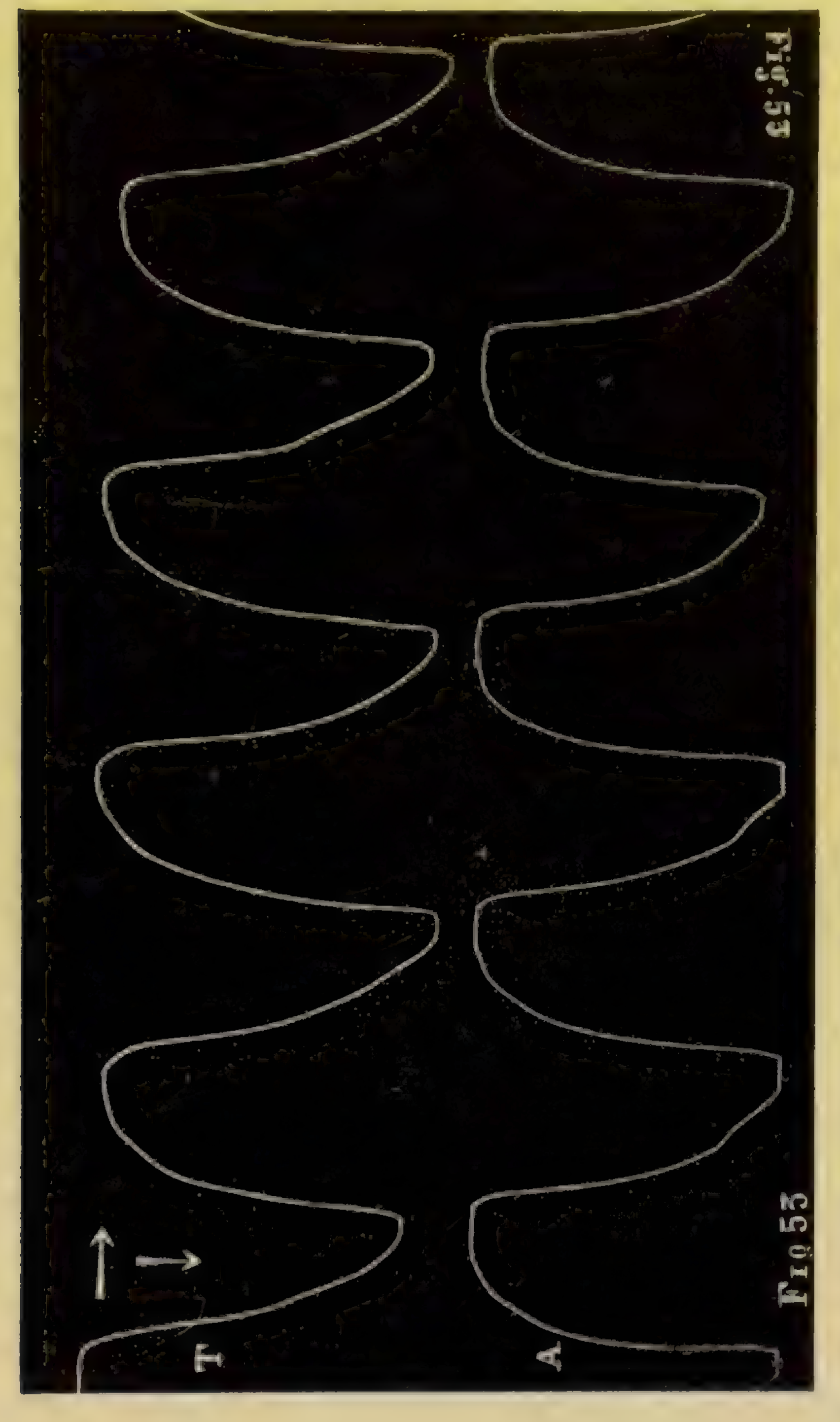



Fig. 53. — Graphique de la respiration de Juliette inscrit avec la vitesse moyenne du cylindre. L'écartement plus grand de lignes rend bien visible l'antagonisme des courbes thoracique et abdominale qui est complet.

quand on prend le graphique de cette respiration avec les méthodes précédentes. Déjà sur la figure 52 prise avec la petite vitesse du cylindre on observe que les tracés du thorax et de l'abdomen ne sont pas parallèles, mais qu'ils sont inverses l'un de l'autre. Au moment où le thorax se dilate, l'abdomen se contracte

et réciproquement. Ce fait pouvait être difficilement apprécié avec certitude par la vue de la malade, à cause de la vitesse des mouvements, le graphique le met en évidence. Mais comme ce fait est très grave, j'ai tenu à l'établir avec certitude. Dans le graphique (fig. 52) à cause du rapprochement des lignes, une légère erreur dans la position initiale des styles pourrait produire cette apparence d'antagonisme des deux courbes. J'ai conservé la même disposition de l'expérience en donnant seulement au cylindre une vitesse plus grande. L'écartement des lignes devient tel dans la figure 53 qu'une erreur due à la position des styles est impossible et par conséquent la respiration de cette malade est non seulement discordante, mais bien réellement antagoniste.

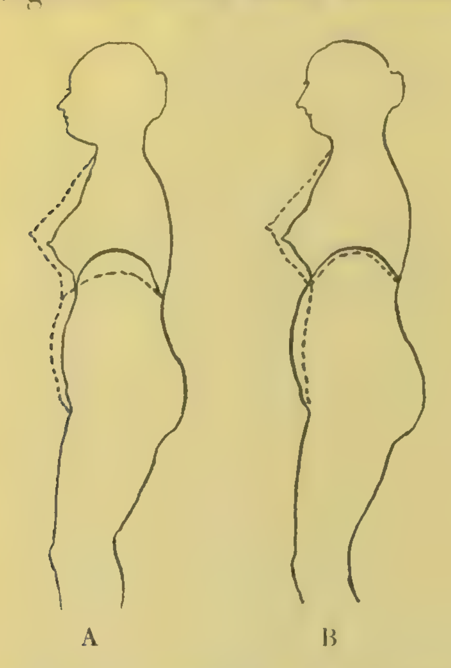



Fig. 54. — Schéma de la respiration d'après les silhouettes de Hutchinson (Viault et Jolyet, *Physiologie humaine*, 1889, p. 287); le trait pointillé représente l'inspiration, le trait plein l'expiration. A, respiration normale : l'abdomen se gonfle en même temps que le thorax, le diaphragme s'abaisse dans l'inspiration et s'élève dans l'expiration. B, représentation hypothétique d'un cas de respiration antagoniste déterminé par des spasmes de la paroi abdominale : l'abdomen se rétracte au moment où le thorax s'agrandit, le diaphragme à peu près immobilisé garde une position moyenne dans l'inspiration et dans l'expiration.

Comment interpréter ce phénomène inattendu ? M. Paul Richer a constaté que ce fait se présentait chez des hystériques d'une manière passagère pendant certains états de somnambulisme provoqué, et il hésite entre deux interprétations : « Y a-t-il paralysie du diaphragme ou spasme des muscles abdominaux[1] ? » On comprend en effet qu'un spasme des muscles abdominaux peut donner lieu à des graphiques semblables. Dans la figure 54, A, qui représente la respiration normale, le diaphragme s'abaisse dans l'inspiration et pousse l'abdomen en avant pendant que le thorax se dilate par l'action des muscles élévateurs. C'est ce qui produit le graphique normal avec concordance (fig. 42). Si l'abdomen se contracte juste au moment de l'inspiration il pourra contrebalancer l'action du diaphragme et diminuer le ventre à ce même moment (fig. 54, B). J'ai de la peine à croire qu'un spasme de ce genre

1. Paul Richer, *La grande hystérie*, 1885, p. 765.

puisse donner naissance à un graphique analogue à celui de la

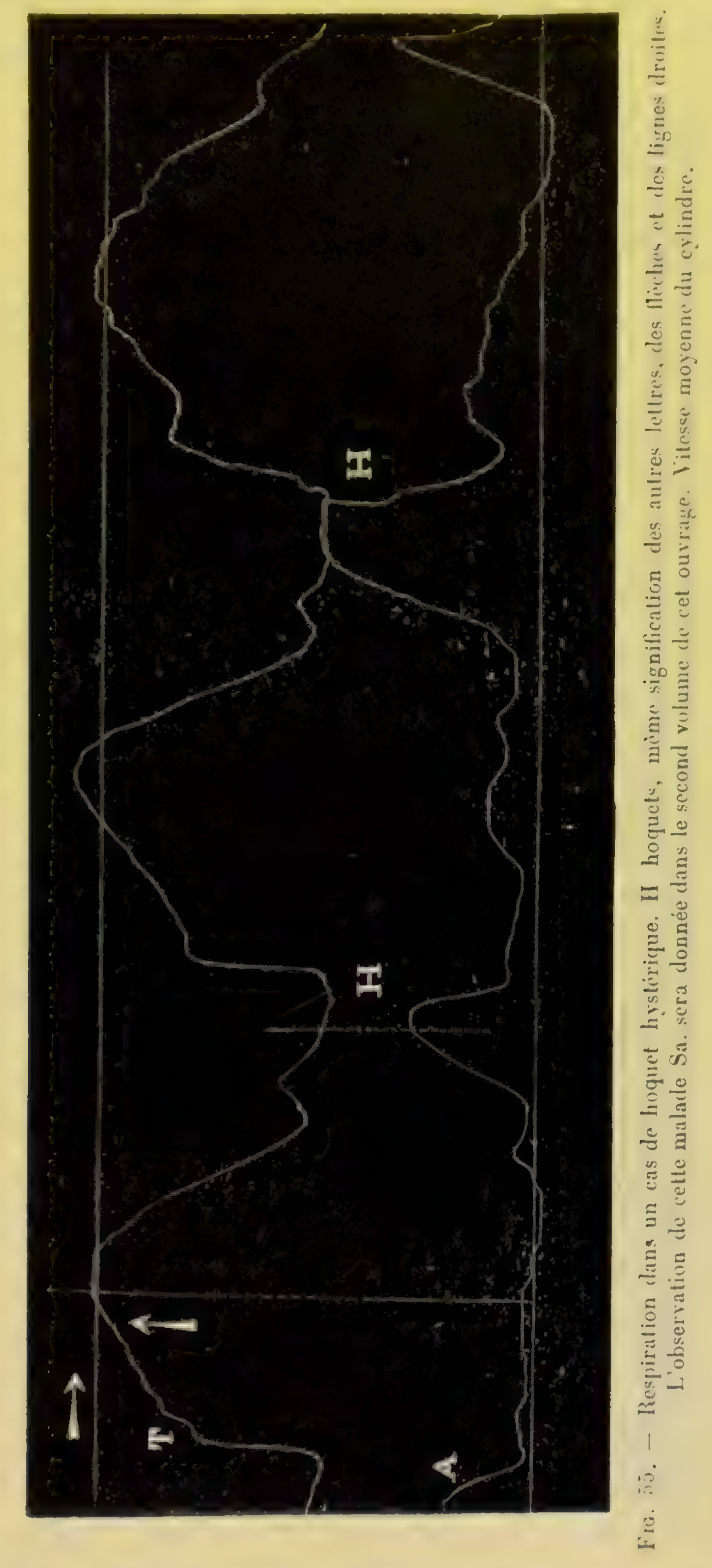



Fig. 55. — Respiration dans un cas de hoquet hystérique. H hoquets, même signification des autres lettres, des flèches et des lignes droites. L'observation de cette malade Sa. sera donnée dans le second volume de cet ouvrage. Vitesse moyenne du cylindre.

figure 53. Cette lutte entre l'action du diaphragme et celle des muscles abdominauxdevrait se traduire en quelque manière par les

irrégularités de la courbe inférieure qui ne pourrait pas être si correctement l'inverse de la supérieure. C'est ce que nous voyons dans ce graphique (fig. 55), relatif à un cas de hoquet hystérique que je

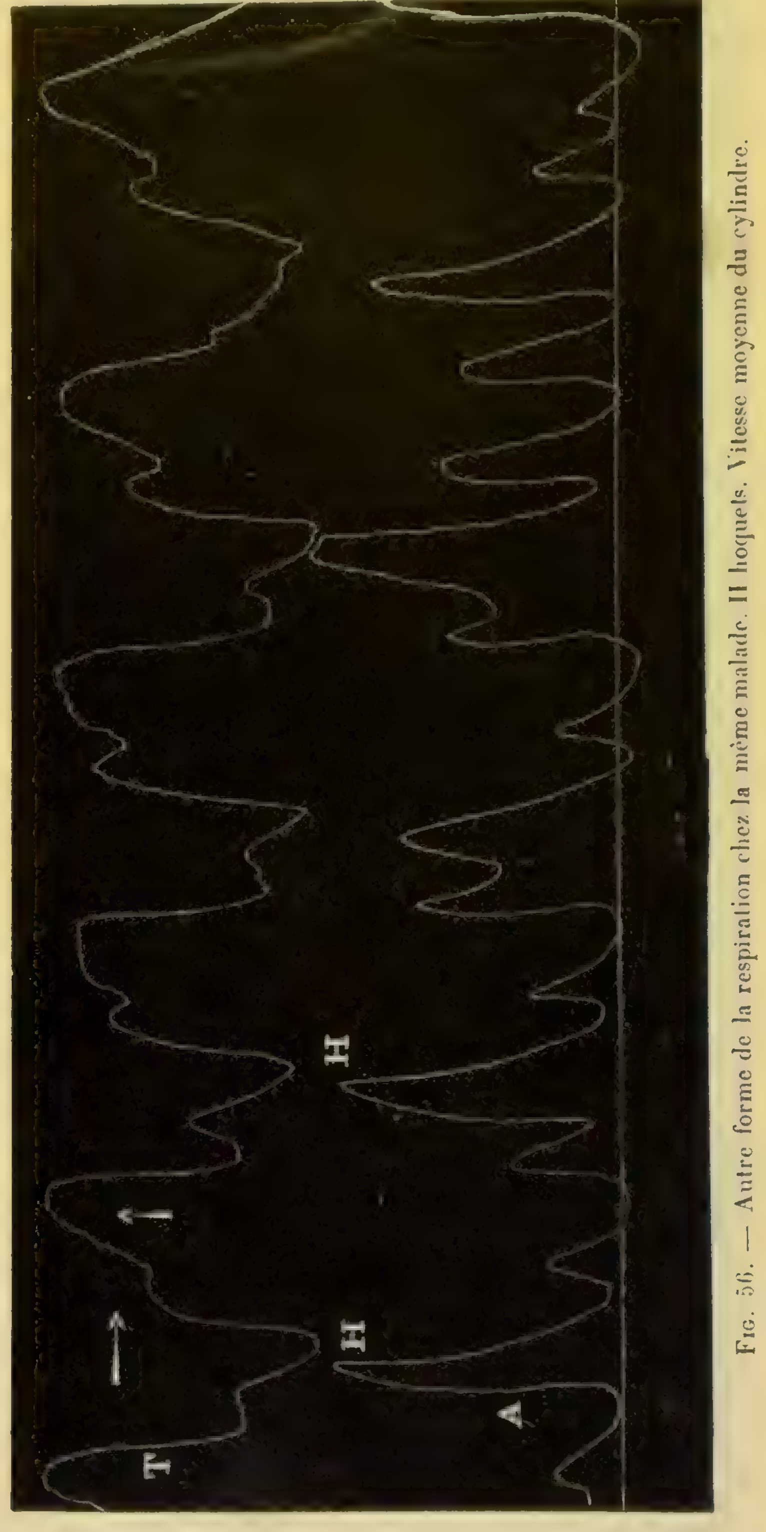



Fig. 56. — Autre forme de la respiration chez la même malade. H hoquets. Vitesse moyenne du cylindre.

n'étudie pas ici. D'une façon générale ce graphique représente encore une respiration antagoniste ou en bascule, mais cet antagonisme n'existe avec précision qu'au moment du hoquet. Au point H,

on constate sur le graphique que l'abdomen se dilate pendant que le thorax se resserre. On peut expliquer cette figure de la manière suivante : il y a à ce moment un spasme du diaphragme qui gonfle subitement l'abdomen, mais en même temps ce spasme du diaphragme augmente brusquement la capacité du thorax et, comme l'air rentre mal à cause du spasme de la glotte, il se produit un vide et un resserrement du thorax. Mais dans l'intervalle des hoquets, le ventre ne suit pas passivement les mouvements du thorax, il présente soit des mouvements corrects, soit des mouvements indépendants et irréguliers manifestes sur la figure 55 et surtout sur la figure 56 prise sur la même malade.

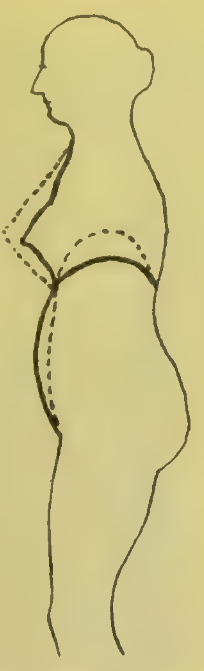


Fig. 57. — Représentation hypothétique d'une respiration antagoniste déterminée par la paralysie du diaphragme : au moment où le thorax se dilate le diaphragme est aspiré et l'abdomen se rétracte (ligne pointillée) au moment où le thorax se rétracte, le diaphragme est repoussé comme un voile inerte et l'abdomen est gonflé (ligne pleine).

Il me semble donc que, pour expliquer un graphique semblable à celui de la figure 53, nous sommes forcés d'admettre une paralysie complète du diaphragme qui se laisse aspirer ou repousser à chaque respiration comme un voile inerte (fig. 57). Dans cette hypothèse, le point de départ du mouvement pourrait encore se trouver dans l'abdomen qui par sa contraction pousserait les viscères et soulèverait le diaphragme inerte et le thorax. Ce serait à la rigueur possible. Je crois plus juste de mettre le point de départ du mouvement dans le thorax. On voit souvent les épaules de la malade participer au mouvement et une sorte de chorée de l'épaule accompagner la polypnée. Ce mouvement semble le développement de la contraction des élévateurs du thorax. Quant à l'abdomen il serait paralysé et suivrait passivement le mouvement. Un autre argument en faveur de la paralysie du diaphragme, c'est que cette malade n'a qu'une capacité respiratoire absolument minime. Elle ne peut aspirer dans un tube de verre plongé dans l'eau qu'une colonne d'eau de 8 à 12 centimètres, tandis que dans l'état normal on aspire une colonne de plus d'un mètre, en moyenne 130 centimètres ; elle ne peut également par le souffle élever la colonne d'eau que de quelques centimètres. Au spiromètre elle déplace difficilement 150 à 200 cc. d'air. Ces faits donnent peut-être en partie l'explication de la polypnée elle-

même, qui semble compenser par la fréquence énorme des inspirations leur peu d'efficacité.

Quoi qu'il en soit, cette paralysie du diaphragme n'en reste pas moins bien étrange. Elle n'a été signalée que rarement et dans des cas bien spéciaux. Parrot, puis M. P. Régnard ont montré des graphiques antagonistes comme le nôtre dans l'agonie[1], pendant le stertor épileptique[2], pendant certaines périodes de la crise hystérique. Les physiologistes étudient naturellement des graphiques respiratoires de ce genre après la section des nerfs phréniques. On en verra des exemples très nets dans le bel ouvrage de M. R. Dubois sur la physiologie de la marmotte[3]. Mais il s'agit ici d'un phénomène qui a duré deux ans entiers sans amener aucune

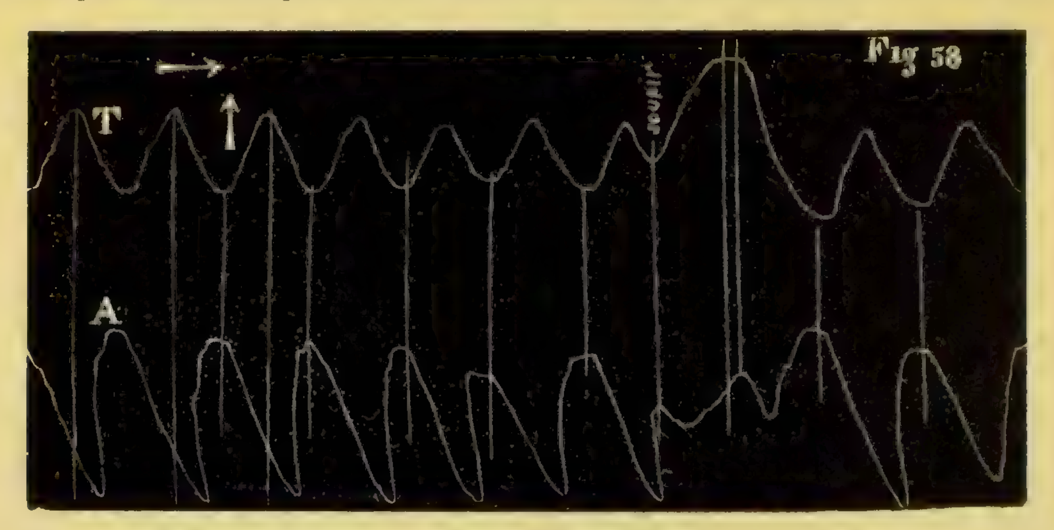



FIG. 58. — Respiration de Juliette au début d'un sommeil léger, la malade est couchée sur le dos, la polypnée a beaucoup diminué, il n'y a plus que 23 respirations par minute, mais l'antagonisme des mouvements respiratoires persiste sauf pendant le soupir où il diminue.

grave conséquence. J'ai pu prendre des graphiques de cette respiration à 3 mois d'intervalle et j'ai toujours obtenu la même figure. Il faudrait donc admettre que la paralysie du diaphragme a chez cette malade une signification beaucoup moins sérieuse. C'est probablement, comme il arrive souvent dans les phénomènes hystériques graves, qu'il y a certaines compensations, certaines précautions, pourrions-nous dire.

D'abord la respiration change beaucoup pendant le sommeil

1. P. Régnard, *Variations pathologiques des combustions respiratoires*, 1879, p 195.

2. Id., *ibid.*, p. 202.

3. Raphael Dubois, *Étude sur le mécanisme de la thermogénèse et du sommeil chez les mammifères. Physiologie comparée de la marmotte*, 1896, p. 208.

naturel ou provoqué ; je suis arrivé en effet non sans peine à déterminer le somnambulisme chez cette malade et j'ai pu vérifier la modification du type respiratoire qui avait été remarquée déjà d'une manière vague pendant son sommeil naturel. Dès que la malade est endormie, la polypnée diminue peu à peu ; en une heure elle passe de 90 à 50, à 30 et même à 23 respirations par minute.

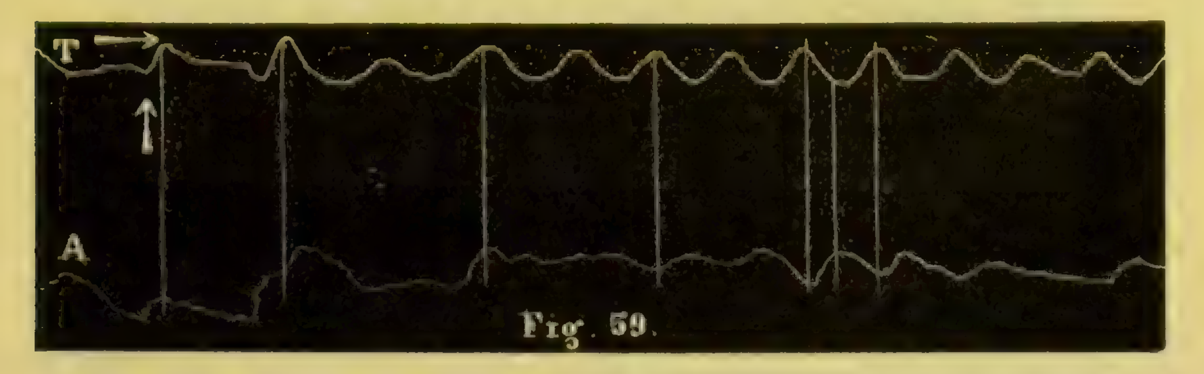



Fig. 59. — Respiration de Juliette pendant un sommeil profond, la malade est couchée sur le dos, 26 respirations par minute. Les mouvements du diaphragme commencent à se manifester ; la respiration est encore discordante, elle n'est plus nettement antagoniste.

J'ai laissé la malade s'endormir avec les appareils tout disposés sur la poitrine et l'abdomen et j'ai pu prendre les graphiques dans ces nouvelles conditions (fig. 58). Au début les respirations quoique moins fréquentes conservent leur même discordance. Puis on voit la courbe de l'abdomen suivre moins régulièrement celle du thorax

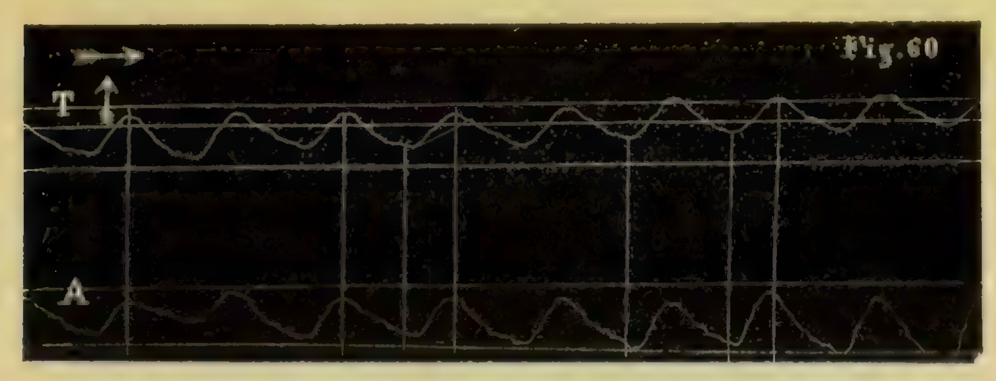



Fig. 60. — Respiration de Juliette après une heure et demie de sommeil profond. La malade est couchée sur le dos, 18 à 20 respirations par minute, la respiration est devenue normale et concordante.

et rester droite avec oscillations malgré les inspirations thoraciques, ce qui indique évidemment une certaine résistance du diaphragme (fig. 59).

Enfin dans les sommeils profonds, après plusieurs heures de sommeil, cette courbe change de sens et devient parallèle à celle du thorax (fig. 60) ; la respiration est concordante. Il est intéres-

sant de remarquer que ce retour à la respiration normale, si difficile d'ailleurs à obtenir expérimentalement, est précédé et annoncé pendant le sommeil profond par une série de quelques hoquets. On

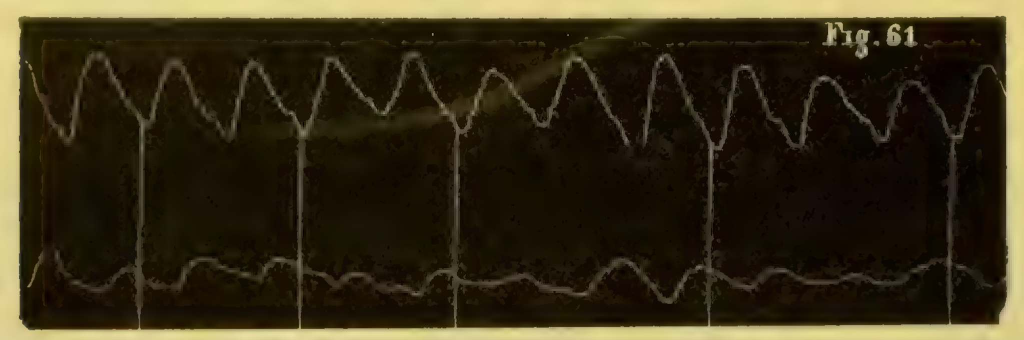



Fig. 61. — Respiration de Juliette pendant qu'elle est couchée sur le côté droit tout éveillée dans son état habituel. 29 respirations par minute, l'antagonisme des mouvements respiratoires diminue notablement.

sait qu'il y avait eu des crises de hoquets avant l'établissement de la polypnée et que les hoquets avaient ensuite complètement disparu chez cette malade depuis l'installation définitive de la polypnée :

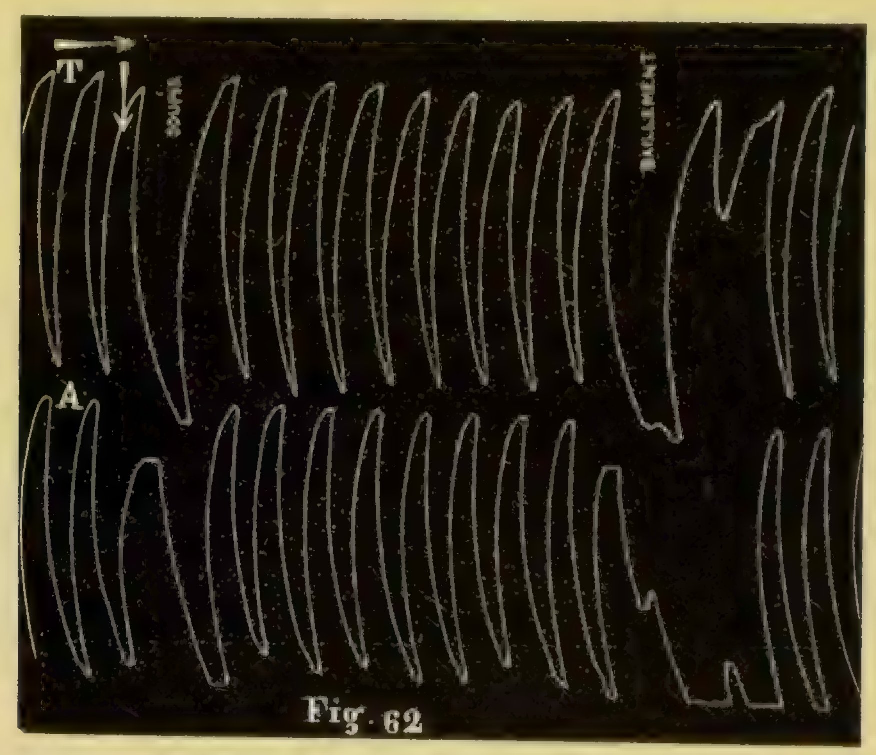



Fig 62. — Respiration de Juliette, la malade est éveillée et couchée sur le dos ; soupirs et bâillements qui interrompent de temps en temps la polypnée sans modifier beaucoup le caractère antagoniste des mouvements respiratoires.

il semble que le diaphragme présente ici des spasmes quand il perd ou quand il reprend ses fonctions, c'est-à-dire qu'il fonctionne d'abord d'une manière irrégulière avant de reprendre son rythme régulier.

Ce n'est pas la première fois que je constate la disparition d'une paralysie hystérique pendant le sommeil profond[1]. Il est intéressant de voir la paralysie du diaphragme se comporter ici comme celle des membres. En résumé, cette paralysie n'existerait que pendant la veille, ce qui permettrait déjà à la respiration de se rétablir pendant la période du sommeil, au moins quand il est assez profond, ce qui malheureusement est chez cette malade assez rare.

Même pendant la veille cette paralysie n'est pas toujours aussi complète; elle diminue quand la malade, au lieu d'être couchée sur le dos, est couchée sur le côté (fig. 61).

Enfin, il faut remarquer un dernier fait qui donne à cette polypnée un caractère particulier que je n'ai pas encore signalé. A des intervalles à peu près réguliers, la polypnée est interrompue par un soupir profond, puis elle reprend immédiatement son rythme accéléré. J'ai naturellement cherché à prendre le graphique de ce soupir. Souvent la respiration garde son caractère discordant, elle est seulement plus profonde et plus lente (fig. 62). Quelquefois on note pendant le soupir ou le bâillement qui intervient à ce moment une action imparfaite du diaphragme (fig. 63). Comme ces soupirs réapparaissent toutes les 10 ou 15 respirations, ils ont lieu à peu près 8 fois par minute. Il en résulte que toutes les minutes il y a quelques respirations à peu près normales qui viennent compenser les respirations insuffisantes dues à la paralysie du diaphragme. Ici encore, quand on l'analyse, cette paralysie a bien le caractère hystérique, elle est à la fois complète et cependant variable, s'adaptant toujours aux nécessités urgentes de l'existence.

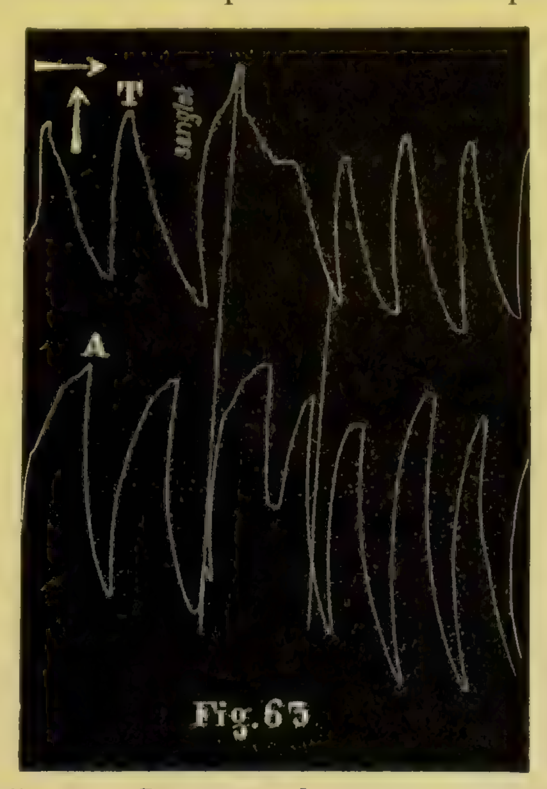


Fig. 63. — Réapparition des mouvements imparfaits du diaphragme pendant un sanglot.

Quoi qu'il en soit, il est intéressant de remarquer que ce seul

1. *Accidents mentaux des hystériques*, 1893, p. 122.

cas de paralysie des muscles du tronc s'accompagne de paralysie diaphragmatique et modifie d'une façon si profonde la respiration.

Remarquons aussi que, dans ce cas, ces modifications de la digestion et de la respiration troublent profondément la nutrition générale. Malheureusement nous ne pouvons que constater sans pouvoir en commencer l'interprétation, cette obésité extraordinaire survenue en quelques mois. Cette enfant de 14 ans qui est de petite taille pesait en entrant à l'hôpital 74 kilos. Et cet embonpoint a été la conséquence immédiate d'une anorexie ! Il est vrai que si Juliette refusait de manger elle buvait énormément, 5 à 6 litres d'eau par jour. A l'hôpital, je l'ai forcée à manger plus et à boire moins et elle perdit 10 kilos en 3 mois, quoique ayant une alimentation meilleure. Il faut aussi remarquer comme une chose curieuse, que l'obésité est localisée au tronc, n'envahit que très peu les bras et n'existe pas sur les jambes ; elle semble se localiser aux parties atteintes de paralysie.

Enfin les troubles de la nutrition se manifestent par l'analyse des urines qui a été faite souvent par M. Yvon avec une obligeance dont je le remercie. On remarquera que sauf une journée exceptionnelle, celle de la 2e analyse, tous ces chiffres sont extrêmement rapprochés les uns des autres et qu'ils nous fournissent une moyenne très basse.

ANALYSES DE L'URINE DES 24 HEURES

| ANALYSES | VOLUME | DENSITÉ | URÉE | PH O$^5$ | CHLORURES |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 350 | 1028 | 8.92 | 1.61 | 1.96 |
| 2 | 1350 | 1019 | 22.61 | 1.977 | 11.34 |
| 3 | 1600 | 1008 | 8.40 | 1.30 | 11.52 |
| 4 | 1000 | 1011 | 5.25 | 0.788 | 7.80 |
| 5 | 700 | 1014 | 7.17 | 0.918 | 5.74 |
| 6 | 480 | 1021 | 8.04 | 0.682 | 5.60 |
| 7 | 625 | 1016 | 7.76 | 0.617 | |

### *6. — Pathogénie de ces accidents.*

J'insisterai peu sur les conditions dans lesquelles se déve-

loppent ces contractures, ces spasmes et ces paralysies des muscles du tronc, car ce serait à propos d'un fait particulier discuter la genèse des accidents hystériques, ceux-ci n'étant pas sur ce point différents des autres. Il faut reconnaître d'ailleurs que nous savons fort peu de chose sur le mécanisme physiologique de ces phénomènes.

Quelquefois nous retrouvons l'étiologie banale des contractures hystériques : par exemple elles sont dans certains cas consécutives aux attaques, comme chez Leq. (obs. VI), chez Can. (obs. VII). Plus souvent les contractures sont consécutives à des traumatismes qui portent sur le tronc, Lem. (obs. II), est frappé par une barrique qui roule et qui sont dus très souvent à des chutes, en particulier à des chutes dans un escalier, R. (obs. III), No. (obs. IV), Leq. (obs. VI), Ma. (obs. IX) ; enfin nous voyons une fois chez Leq. (obs. VI) la contracture des muscles de l'abdomen consécutive aux efforts violents de l'accouchement. On pourrait remarquer que, dans tous ces cas, la douleur causée par la contusion joue un grand rôle. Elle contraint le sujet à garder une attitude anormale et contribue à rappeler la pensée de l'accident. On doit dire aussi que l'anesthésie musculaire est ici un élément essentiel : elle empêche le sujet de se rendre bien compte de l'état de ses muscles et de savoir faire les mouvements nécessaires pour le modifier. Mais il faut rechercher ce qui entretient cette douleur, ce qui détermine et entretient indéfinivement cette anesthésie.

Un phénomène déjà plus important au point de vue pathogénique, c'est l'émotion violente que l'on peut constater au début de tous ces accidents. Dans certains cas l'émotion existe même seule comme antécédent de la contracture ou du spasme sans que l'on puisse noter de traumatisme. Co. (obs. V) a commencé cette contracture générale qui a simulé une grippe à la suite d'une violente colère. Go (obs. VIII) s'est contracturé le ventre à la suite d'une tentative de viol. M. (obs. X) a ses contractures générales du tronc à la suite de petits incidents : elle a eu peur d'une voiture qui a failli l'écraser, elle a perdu un objet auquel elle tenait beaucoup, elle a été bouleversée dans son travail et ses habitudes, petits incidents qui suffisent pour l'émotionner beaucoup. Mey. (obs. XI) a commencé ses spasmes abdominaux et sa singulière coxalgie intermittente à la suite de la terreur causée par un incendie.

Dans les autres cas, je suis disposé à croire que les trauma-

tismes, le choc d'une barrique qui roule pour Lem., l'accouchement pour Leq., la chute dans l'escalier pour Mar. agissent surtout par l'émotion qu'ils déterminent ; les traumatismes n'ont peut-être pas d'autre effet particulier que celui qui consiste à localiser plus spécialement la contracture au côté et à la région blessée. En un mot, à mon avis, ces contractures de tout le tronc sont surtout, au moins dans les cas que j'ai examinés, des contractures émotionnelles.

On comprend assez bien que l'émotion chez certaines personnes puisse déterminer un saisissement, une contraction violente des muscles du tronc et en même temps un certain degré d'engourdissement cérébral, qui amène un trouble des perceptions, une anesthésie et une impuissance à modifier les contractions musculaires. Mais comment une émotion passagère peut-elle déterminer une contracture permanente qui se prolonge pendant des semaines et des mois ? Il ne me semble pas suffisant de faire appel à la *diathèse de contracture,* car en réalité ce n'est là qu'un mot et même un mot qui ne signifie pas grand chose. Il signifie simplement que ces sujets sont susceptibles d'avoir des contractures, ce qui est ici évident puisqu'ils en ont. Je crois qu'il est plus clair et plus conforme à la méthode clinique de ne pas chercher d'explication complète mais de se borner à rapprocher ce fait de la contracture persistante d'autres phénomènes que l'on observe chez les mêmes sujets.

On remarquera comme une chose curieuse que trois de ces malades, Co. (obs. V), Go. (obs. VIII), Mar. (obs. IX) avaient en même temps que leur contracture du tronc le même accident des attaques de sommeil, que deux, Lem. (obs. II), No. (obs. IV), Cen. (obs. VII) avaient des attaques convulsives et délirantes, que deux, Gk. (obs. I), Leq. (Obs. VI) présentaient la nuit et même le jour des somnambulismes spontanés. Or, ces trois accidents, les sommeils, les attaques, les somnambulismes, sont chez les hystériques, en général, et chez celles-là surtout des phénomènes très comparables les uns aux autres, ils consistent toujours dans des états de torpeur cérébrale accompagnée et souvent déterminée par des sortes de rêves dont l'expression extérieure seule diffère. Ces rêveries somnambuliques reproduisent dans l'esprit des malades, avec une netteté extraordinaire, l'accident et l'émotion initiale.

Je n'en décrirai, avec quelques détails, que deux exemples, car ces phénomènes sont identiques chez tous ces malades. Si l'on touche le

ventre de Go. (obs. VIII), surtout du côté droit, on assiste à une scène bien caractéristique, elle est gênée, s'écarte, rougit et palit, puis elle se débat avec terreur, crie et tombe en arrière endormie; sa figure garde dans le sommeil une expression de terreur, et de temps en temps elle a des mouvements des bras comme pour écarter quelqu'un. N'est-il pas vraisemblable d'après son attitude, et d'ailleurs nous le vérifierons tout à l'heure, que la sensation de contact au côté droit du ventre a rappelé par association la tentative de viol dont elle a été victime, et qu'au moment où elle semble s'endormir elle s'absorbe complètement dans la contemplation imaginaire de cette scène. Cette contemplation reproduit encore une fois l'émotion primitive avec toutes ses conséquences, le bouleversement, ou, si l'on veut se souvenir de nos remarques sur le rôle de l'émotion, la désagrégation du cerveau et de l'esprit.

La malade Gk. de l'observation I nous présente encore mieux le même fait. Considérons-la au moment où sa contracture qui l'incline si fortement à gauche a été détruite et voyons comment et à quel propos elle se reproduit. La contracture réapparaît toujours le matin au réveil; la malade se réveille avec le tronc et la tête inclinés à gauche, tandis que la veille elle s'était couchée droite. Le sommeil pendant cette nuit a été assez particulier, plus profond et plus lourd qu'à l'ordinaire ; cependant la malade a remué et a parlé, elle a poussé des cris et a cherché à sauter en dehors de son lit. Si on lui parle pendant ces sortes de rêves, elle répond, se plaint d'avoir horriblement peur : « oh ! cette tête ébouriffée, ces yeux... » et elle tourne violemment la tête à gauche pour voir l'individu qui la poursuit de ce côté. Elle se rendort dans cette position, et une demi-heure après recommence à crier de la même manière ; il en est ainsi une grande partie de la nuit. Enfin le matin elle se réveille fatiguée, le corps tout tordu par les contractures, mais sans aucun souvenir de ces rêves, tandis que d'ordinaire elle conserve un certain souvenir des rêves qui ont lieu pendant le sommeil normal. En un mot, dans cette nuit qui précède la réapparition des contractures, il y a eu une ou plusieurs périodes de somnambulismes, et ces périodes ont été remplies par des hallucinations qui reproduisaient exactement la scène qui l'a tant épouvantée il y a sept ans. Ici encore, nous voyons bien la dépendance entre la contracture du tronc et cette émotion, puisque nous les voyons réapparaître l'une à la suite de l'autre : Nous

voyons également ici un rapport intéressant entre la forme de la contracture et l'attitude donnée à la malade par son délire. Elle se penche en avant pour courir et se détourne à gauche pour regarder par derrière de ce côté les yeux terribles qui la poursuivent. Il en est de même, d'ailleurs, dans le cas de Lem., obs. II. Il garde, en se tenant penché en avant, l'attitude qu'il avait quand il a été frappé au ventre par une barrique roulant sur le pont.

Toutes ces remarques peuvent être confirmées par l'expérimentation qui consiste à provoquer le somnambulisme chez ces malades et à les interroger dans cet état sur les souvenirs qu'ils ont de leurs attaques, de leurs sommeils, de leurs somnambulismes, sur les pensées qui les préoccupent dans la journée et leur donnent souvent un aspect inquiet ou effrayé. Presque tous les sujets que j'ai décrits étaient facilement hypnotisables. Dans cet état second, ils décrivent bien mieux que dans l'état de veille ce souvenir obsédant de l'accident initial et de l'émotion qui persiste constamment dans leur esprit plus ou moins à leur insu.

Chez quelques malades comme chez M... cette rêverie s'exprime même à l'état de veille par de l'écriture automatique. Ce sont là des faits cliniques, tout aussi importants pour le médecin, quoi qu'ils soient des phénomènes moraux, que la contracture elle-même. Ce serait, à mon avis, faire de la bien mauvaise observation clinique que de décrire minutieusement le muscle contracturé, ses insertions, sa dureté et d'oublier ce rêve émotif persistant ; ce serait tenir compte d'un phénomène extérieur et qui, même au cours de la maladie, se modifie incessamment en oubliant la lésion essentielle et qui, elle, est immuable. Je crois que l'on obtient un commencement d'explication en rapprochant ces deux phénomènes et en disant que la contracture persiste parce que l'émotion persiste entraînant toujours avec elles les mêmes conséquences psychologiques et physiologiques ; c'est en quelque sorte une émotion figée, une variété de l'idée fixe dont nous voyons seulement une des manifestations extérieures tandis que le sujet se rend mal compte du phénomène intérieur qui la détermine.

Quand on étudie l'émotion, on insiste beaucoup et avec raison sur les troubles viscéraux et vasculaires qu'elle détermine. Ces dernières observations nous permettent de rappeler d'autres troubles en rapport avec les émotions : d'abord des contractions musculaires, des spasmes des divers muscles du tronc, puis des modifi-

cations respiratoires dont quelques-unes sont intéressantes. Enfin elles permettent d'insister sur ce pouvoir particulier de l'émotion, déjà signalé à propos des amnésies, de dissocier l'esprit, de désorganiser sa synthèse, de donner naissance non seulement aux anesthésies, aux amnésies, aux paralysies, mais encore aux phénomènes qui se développent d'une manière exagérée et indépendante, aux suggestions, aux idées fixes, aux états seconds.

Quant à rechercher pourquoi cette émotion persiste, il est impossible de le faire ici, ce serait s'engager dans l'étude complète de la suggestibilité et du dédoublement de la conscience chez les hystériques. Remarquons déjà que tous ces malades, bien longtemps avant leur accident, étaient déjà éminemment émotifs et suggestibles et nous comprendrons comment cet accident particulier se rattache à l'ensemble des phénomènes hystériques.

Je n'ajouterai que peu de mots sur l'étiologie des spasmes qui sont des phénomènes tout à fait analogues. Tout au plus pourrait-on remarquer que les spasmes sont en général moins vagues que les contractures, qu'ils offrent une systématisation plus précise rappelant encore plus nettement l'acte initial. Il est curieux de voir chez Th. (obs. XII) les mouvements de la paroi abdominale chercher à reproduire, après des années, les mouvements d'un fœtus imaginaire. Quant aux aspirations de La. (obs. XIII) qui « avale son ventre » ce sont, avec une exagération inouïe, les mouvements d'une personne qui a mal au ventre, qui resserre son abdomen et comprime sa région épigastrique. Le mécanisme de ces phénomènes et d'autres du même genre me paraît consister en une dilatation brusque du thorax avec ascension du diaphragme de manière à produire le vide dans l'abdomen. C'est par un procédé analogue que d'autres malades aspirent de l'air dans divers organes, dans le rectum et, comme je l'ai vu une fois, dans le vagin. Suivant que le phénomène se produit dans un organe anesthésique ou dans un organe resté sensible, l'acte sera subconscient ou plus ou moins connu par le sujet. Mais il y a là toujours un effort involontaire qui s'est perfectionné par la répétition. En un mot ces phénomènes, malgré leurs bizarreries, gardent le caractère et l'étiologie des tics chez les hystériques.

Il serait bien intéressant de pouvoir étudier avec plus de détails le mécanisme psychologique et physiologique de la paralysie de Juliette. Malheureusement, chez cette malade si différente, je cons-

tate simplement les mêmes faits que chez les précédentes. Juliette est constamment dans un état d'émotivité extrême, le moindre bruit la fait pâlir et augmente sa polypnée. Cette émotion est une terreur continuelle dont elle ne peut pendant le jour expliquer le caractère et donner les raisons. Mais la nuit elle a un sommeil extrêmement agité, qui s'interrompt à chaque instant, qui souvent disparaît pendant des heures. A ce moment elle se souvient par fragments de ses rêves, toujours les mêmes : dans ces rêves, elle a bien froid, elle claque des dents, elle grimpe avec les mains et les pieds sur la paroi d'un mur d'une hauteur interminable, elle se sent tirée par un pied, etc. C'est d'ailleurs une personne qui, même pendant la journée, s'absorbe immédiatement dans ces rêveries tristes dès qu'on ne lui parle pas. Enfin c'est encore une malade hypnotisable, et on devine que pendant le somnambulisme provoqué elle explique mieux ces rêves qui reproduisent les détails de sa chute dans le puits. Il est évident qu'il s'agit là d'un état émotif persistant, d'un état émotif très nettement spécialisé, c'est-à-dire très précis et accompagné d'une représentation déterminée. On peut donc dire qu'il s'agit de l'idée fixe subconsciente de cet accident survenu à l'âge de cinq ans, idée fixe d'abord latente qui envahit l'esprit sept ans plus tard après la désagrégation produite par la fièvre typhoïde et par l'influenza. On peut rapprocher ce cas d'une observation qui m'avait autrefois frappé dans le service de mon excellent maître, M. Hanot. Un mécanicien blessé au ventre dans un accident de chemin de fer reste bien portant pendant six ans, puis, à la suite d'une émotion violente, commencent des crises d'hystérie qui reproduisent cette émotion ancienne en apparence effacée. Sur ce point Juliette se rapproche donc tout à fait des malades précédentes.

Quant aux conditions physiologiques du phénomène, on ne peut qu'admettre l'engourdissement, l'épuisement des centres cérébraux qui président à la sensibilité et au mouvement des muscles du tronc et du diaphragme. Cet engourdissement est toujours d'une nature assez particulière ; il ne supprime pas complètement la sensibilité tactile et musculaire. L'anesthésie cutanée, comme on l'a vu, est chez Juliette assez variable et laisse toujours subsister des sensations subconscientes. Il est difficile d'apprécier l'anesthésie viscérale : l'estomac et l'intestin semblent avoir gardé quelque sensibilité, les digestions d'ailleurs, tout en étant paresseuses, sont suffisantes. Quant à la sensibilité du diaphragme, elle

est probablement disparue, comme le mouvement de cet organe, je n'ai pu m'en rendre compte d'une manière expérimentale. On peut ajouter, comme je l'ai supposé, que le polypnée est peut-être une conséquence de cette paralysie diaphragmatique et la compense. Enfin, je suis obligé de supposer encore que cet engourdissement particulier de certains centres est en relation avec l'émotion persistante. Mais, à mon avis, ces hypothèses anatomiques ne sont qu'une pure et simple traduction des faits psychologiques observés en un autre langage et elles ne prendront quelque intérêt qu'au moment où des recherches histologiques pourront établir la nature de la modification survenue dans ces parties de l'écorce cérébrale.

Il n'en est pas moins fâcheux de n'avoir qu'à répéter ici, pour une paralysie aussi remarquable, ce qui a été dit à propos de spasmes et de contractures dont l'aspect est si différent. Peut-être pourrait-on observer que toutes les émotions ne sont pas semblables chez toutes les personnes et produisent des effets différents suivant les prédispositions individuelles ; peut-être pourrait-on faire remarquer que Juliette a également eu et a encore des spasmes, que l'on observe dans ses mouvements respiratoires exagérés du thorax et dans ses secousses des épaules ; peut-être pourrait-on faire observer encore que nous n'avons étudié Juliette qu'après deux ans de maladie et que la paralysie peut avoir été précédée par des spasmes, ceux-ci par leur répétition auraient déterminé un épuisement des centres. Il me semble plus juste de reconnaître que les contractures et les paralysies sont chez les hystériques deux phénomènes très voisins qui se mélangent intimement et que nous ne sommes pas encore capables de donner la raison précise qui dans tel cas particulier détermine l'un plutôt que l'autre.

## 7. — *Traitement.*

Sans prétendre indiquer la thérapeutique si difficile et si variable de ces accidents hystériques, j'indiquerai seulement quelques remarques sur le traitement qui peut être essayé dans des cas de ce genre et qui a facilement réussi chez quelques-unes des malades que je viens de signaler.

On pourrait dans certains cas user des procédés que fournit la suggestion. On peut commander au sujet de respirer fort, de sanglo-

ter, de secouer le ventre : j'ai indiqué autrefois comment je réussissais facilement à arrêter un accès d'asthme hystérique en commandant à la malade de copier ma propre respiration. Cependant le plus souvent la douleur que provoquent les tentatives de mouvement, quand il existe des contractures, arrêtent les malades et la suggestion pure et simple sera presque toujours insuffisante.

Dans certains cas particuliers on peut user d'un procédé fort curieux. J'ai montré souvent que dans certains états des hystériques que j'appelais des somnambulismes complets, quand la sensibilité tactile et musculaire réapparaît complètement, les paralysies et les contractures disparaissent[1]. De tels états que les anciens magnétiseurs, comme Despine d'Aix, obtenaient au moyen de leurs passes prolongées, que l'on a constaté plus tard après l'application des plaques métalliques de Burq, d'aimants, de courants électriques peuvent être déterminés par toutes sortes de procédés purement psychologiques, qui tous ont pour but de réveiller l'attention du malade et de la diriger successivement sur les différentes parties du corps, jusqu'à ce que la sensibilité soit partout complète. Dans mes dernières observations je constate également que ces états se produisent spontanément et sont même, il me semble, plus durables et plus efficaces à la suite de sommeils prolongés. On peut chercher à mettre les malades dans ces états, où tous les stigmates de l'hystérie disparaissent, où le sujet revient pour un moment à un état de veille normale et les contractures disparaîtront alors très facilement. C'est par ce procédé que l'une des malades étudiées dans ce travail a été traitée en 1888 par M. le D^r Jules Janet. Cette méthode n'a pas amené la guérison, puisque encore aujourd'hui M. présente de temps en temps des contractures de tout le tronc et des viscères. Mais il a permis et permet encore de les faire disparaître pour un temps plus ou moins long, il a permis d'alimenter la malade et d'empêcher une mort probable.

Chez M... en effet le phénomène est frappant et il a été constaté dès le début de l'observation il y a dix ans. Quand cette malade est dans son état maladif et malheureusement habituel elle est absolument anesthésique sur tout le corps; elle n'a aucune sensibilité tactile ou musculaire, en outre elle semble avoir perdu toutes les sensibilités viscérales. En effet, elle n'a aucune sensation des

1. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 347. *Accidents mentaux des hystériques*, 1892, p. 209.

aliments qu'elle avale, elle n'a aucunement le réflexe pharyngien, elle ne sent rien ni dans l'estomac, ni dans l'intestin, elle n'a aucune sensibilité ni vésicale, ni urétrale. Ce dernier fait se démontrait d'une façon curieuse. A la suite de sondages malpropres qu'elle se faisait elle-même, elle avait développé une cystite, qui n'était aucunement sentie et qui ne se manifestait que par la purulence des urines. En même temps que cette anesthésie complète, la malade présentait toutes les contractures des muscles du tronc que j'ai décrites et un grand nombre de spasmes viscéraux ; tantôt par un spasme de l'œsophage elle rendait le lait immédiatement après l'avoir absorbé, sans même qu'il fût caillé, tantôt par un spasme de l'estomac elle le rendait caillé, quelques instants après l'avoir asborbé. En même temps elle avait une telle contracture de l'urètre que pendant des années elle n'urinait que par la sonde. Eh bien quand cette malade a été profondément endormie pendant quelque temps, quand son attention a été ensuite excitée et dirigée sur les différentes parties de son corps et sur les différents viscères, elle entre dans un état absolument différent ; elle peut retrouver la sensibilité absolument complète sur tout le corps et ne plus présenter aucuns stigmates hystériques. A ce moment la bouche et le pharynx sont sensibles et le réflexe pharyngien est rétabli. A ce moment aussi, elle peut manger sans aucune difficulté, elle ne vomit plus et digère parfaitement. En même temps la sensibilité vésicale est si bien rétablie que la malade souffre de sa cystite, mais elle peut uriner sans difficulté ; en un mot, dans cette observation curieuse faite il y a dix ans, il suffisait de rendre la sensibilité tactile et musculaire pour que la malade retrouvât la liberté de ses mouvements et supprimât elle-même complètement ses contractures [1].

Ce phénomène très intéressant pour la théorie de l'hystérie a pu être observé sur un certain nombre d'autres malades [2]; il peut

1. On a vu des remarques du même genre dans le chapitre VI où j'étudie l'allochirie de cette même malade. Dans mon étude publiée par *la France médicale* du 6 décembre 1895 et que je reproduis ici, j'étudiais ce phénomène à un autre point de vue et montrais comment la restauration de la sensibilité tactile et musculaire fait disparaître les paralysies et les contractures.

2. Voir en particulier la communication de M. Jules Janet à la Société de psychologie physiologique, obligeamment résumée par M. Sollier, « du sommeil hypnotique, du sommeil naturel et du sommeil chloroformique ». *Bulletin médical*, 16 mai 1888 p. 659, et *Revue scientifique*, 1888-1,616.

servir de point de départ à une méthode thérapeutique qui est, comme je l'ai vu souvent, très utile sinon toujours, au moins dans certains cas d'hystérie.

Un procédé qui est, beaucoup plus qu'on ne le croit, voisin du précédent, m'a paru très pratique dans le traitement de ces contractures du tronc, comme d'ailleurs de beaucoup d'accidents hystériques. Il s'agit du *massage*, dont Charcot a déjà signalé l'importance et qu'il interprétait fort bien à mon avis en disant qu'il ressemblait quelquefois à un hypnotisme local [1].

Je ne parle pas du massage des muscles antagonistes qui a été proposé, mais qui ne me paraît avoir sa place que dans des cas très spéciaux chez des sujets particuliers, et qui d'ailleurs serait peu commode quand il s'agit des contractures du tronc. Je parle du massage portant directement sur le muscle contracturé ; sans faire de ce procédé une méthode générale, je crois utile d'indiquer les phénomènes que j'ai constatés chez un assez grand nombre de malades, au moment du massage des muscles constracturés.

Ce massage semble au début impraticable chez quelques malades à cause de l'hyperesthésie cutanée, il faut commencer par calmer les appréhensions du sujet, car cette hyperesthésie est presque toujours de cause morale. On peut laisser quelque temps la main immobile sur la région ou pratiquer des effleurages légers, puis on ne commence le massage des muscles que lorsque le malade est suffisamment rassuré et la sensibilité anormale très amoindrie.

Le massage des muscles est au contraire presque indolore au début, et, du moins dans mes observations, il devient douloureux quand le muscle commence à se décontracturer. Quand le massage d'un muscle contracturé ne produisait pas de douleurs, c'est qu'il était inefficace et que la contracture ne cédait pas. Chez une malade, Gk. (obs. I), dont les contractures pouvaient quelquefois disparaître spontanément, j'ai observé que les muscles ordinairement indolents quand ils restaient contracturés devenaient également très douloureux quand la contracture diminuait spontanément. L'apparition des douleurs aiguës était le signe de la guérison. En effet, quelques instants après cette période de douleurs, le muscle cède, et devient souple sous les doigts. A ce moment, presque toujours, le sujet cesse de se plaindre et les

1. Charcot, *Œuvres*, III, 395.

pressions mêmes ne provoquent plus de douleurs. Chez quelques malades, en particulier chez M..., on observe une période intermédiaire pendant laquelle le sujet n'éprouve plus les grandes douleurs du début, mais ressent dans les muscles qui cèdent un agacement, un chatouillement tout à fait insupportables. Quelquefois les muscles ont des soubresauts et on observe des secousses du ventre, des gargouillements, des hoquets, des bâillements, une respiration saccadée et irrégulière avant que les organes ne reprennent leurs mouvements réguliers. A ce moment, il est bon de palper avec soin la région, on reconnaît, à leur dureté et à la douleur que la pression provoque, les muscles encore partiellement contracturés. Il faut les masser encore, car ces contractures persistantes gênent le mouvement, le rendent douloureux et déterminent une immobilité, une fausse position qui est le point de départ de nouvelles contractures générales. Pendant la journée qui suit le massage, le sujet éprouve une courbature ; il doit éviter les mouvements brusques qui détermineraient une rechute.

Il serait intéressant d'étudier ici comment agit le massage, je crois que son action sur les contractures hystériques dépend de causes fort complexes qui ne sont pas encore complètement analysées. En dehors de son action physique sur les muscles, le massage m'a paru avoir dans ces cas une action morale évidente. Certaines malades ont essayé de pratiquer elles-mêmes ce massage sans aucun succès ; j'ai vu certaines personnes masser indéfiniment une contracture hystérique sans arriver à la défaire, tandis que la personne qui avait pris quelque autorité sur le sujet y parvenait très facilement. Enfin, quoique ce massage puisse parfaitement réussir pendant la veille, j'ai toujours remarqué qu'il était infiniment plus efficace pendant l'état somnambulique. Il est donc probable que ce massage a une certaine action morale, analogue à celle de la suggestion. A mon avis, quand le sujet est docile et obéit quelque peu à la personne qui agit, le massage attire son attention sur des sensations musculaires dont il avait perdu la conscience, il rend à l'hystérique la notion de ses muscles et lui permet de reprendre la direction de ses mouvements. En un mot, le massage reproduit simplement et d'une manière quelquefois plus facile ces états de restauration de la sensibilité dont je parlais précédemment [1]. C'est par un massage de ce genre que la

1. Ces remarques sur l'action du massage sur les contractures hystériques que je

plupart des sujets que j'ai décrits ont été guéris, du moins que la liberté des mouvements du thorax, des lombes, de l'abdomen leur a été rendue.

Il ne suffit pas de faire disparaître momentanément un accident hystérique, il est plus important et souvent plus difficile d'empêcher son retour. Chez quelques malades comme Can... (obs. V) dont les contractures étaient consécutives à l'attaque, le traitement par le massage était suffisant, les contractures étaient disparues au moins jusqu'à la prochaine attaque. Mais pour la plupart des autres malades il n'en était pas ainsi. La contracture défaite par le massage réapparaissait très vite en quelques jours, quelquefois en quelques heures. C'est que, chez ces malades, les contractures du tronc étaient, comme on l'a vu, sous la dépendance d'émotions persistantes, de véritables idées fixes qui entretenaient et reproduisaient sans cesse la désagrégation mentale.

Il était donc nécessaire, dans toutes nos observations, de se préoccuper de l'état mental des malades, de rechercher par tous les moyens les états émotifs persistants d'une façon consciente ou plus souvent subconsciente et il fallait traiter ces phénomènes et chercher à les faire disparaître. Je ne puis revenir incidemment sur cette question des idées fixes chez les hystériques et de leur traitement. Il me suffit de montrer comment cet accident tout particulier de l'hystérie, les contractures, les spasmes du thorax et de l'abdomen, se rattache aux autres phénomènes de la névrose et comment son traitement doit être dirigé par les notions que nous avons acquises sur l'état mental de ces malades.

Il est malheureusement impossible d'insister autant sur le traitement des paralysies des muscles du tronc que j'ai eu beaucoup moins souvent l'occasion d'étudier. Les procédés précédents qui en définitive ont toujours réussi à supprimer les contractures dans les cas que j'ai décrits, n'ont eu, il faut l'avouer, sur les paralysies de Juliette qu'une influence médiocre. Le massage est resté sans effet ; la restauration des sensibilités par divers procédés n'est peut-être que superficielle et incomplète : elle ne modifie pas le graphique de la respiration. Le seul procédé qui ait

publiais en 1895, me semblent compléter un peu mes études antérieures sur le rôle que joue la désagrégation mentale, la perte de la conscience personnelle des sensations et des images kinesthésiques dans ces phénomènes encore très incomplètement expliqués.

eu un résultat net, c'est la production et la prolongation pendant plusieurs heures d'un sommeil profond déterminé par suggestion. Les sensibilités réapparaissaient ainsi que le mouvement à la fin de ces sommeils et, comme on l'a vu, le graphique de la respiration devenait normal. La malade malheureusement ne restait guère dans cet état, elle conservait quelque temps la sensibilité superficielle de la peau du thorax et de l'abdomen mais elle ne tardait pas à reprendre sa respiration polypnéique et antagoniste. La plus légère émotion, survenant dans la journée même, déterminait cette rechute. Peut-être aurait-il fallu prolonger plus longtemps ces sommeils : j'ai observé dans d'autres cas, comme M. Wetterstrand, que ces sommeils prolongés pendant plusieurs jours modifiaient de la façon la plus remarquable des hystéries rebelles et écartaient énormément les rechutes. Mais dans ce cas je n'ai pas réussi à prolonger le sommeil et cette malade a été retirée de l'hôpital sans que j'aie pu renouveler cette expérience. La malade est encore aujourd'hui, après deux ans, à peu près dans le même état. Cet échec nous montre que notre connaissance de ces phénomènes physiologiques et psychologiques est encore bien incomplète.

---

# CHAPITRE IX

## INSOMNIE PAR IDÉE FIXE SUBCONSCIENTE

1. Un cas d'insomnie prolongée. — 2. Conséquences de cette insomnie. — 3. L'idée fixe sous forme de rêve. — 4. Sommeils et somnambulismes déterminés par l'idée fixe. — 5. Insomnies déterminées par idée fixe. — 6. Relations étroites entre ces divers phénomènes.

L'insomnie, la suppression du sommeil normal, qui joue un rôle si considérable dans les névroses et les psychoses a déjà été étudiée de bien des manières; mais on a surtout recherché ses effets et ses conditions physiologiques. Je crois qu'il y a lieu d'examiner aussi ses résultats et ses conditions psychologiques, c'est-à-dire les altérations des fonctions cérébrales les plus élevées qui semblent en relation avec l'insomnie. Le sommeil, en effet, est probablement un phénomène très complexe et très variable et une foule de circonstances, dont beaucoup nous sont inconnues, modifient sans cesse sa profondeur, sa durée et tous ses caractères. Parmi ces conditions qui influent sur le sommeil, la plupart sont uniquement physiologiques ; mais il en est d'autres qui tout en ayant leur point de départ dans l'état cérébral se manifestent à nous par des phénomènes psychologiques. La volonté, l'habitude, l'association des idées, la suggestion[2], les émotions surtout ont une influence sur lui ; j'ai déjà essayé de montrer[3] que des

1. Conférence faite à la Salpêtrière, le 27 mars 1897. *Presse médicale*, 28 juillet 1897.

2. La plupart des anciens magnétiseurs, Bertrand, Charpignon, Ordinaire et surtout le gén. Noizet, *Mémoires sur le somnambulisme*, 1854, p. 86, ont insisté sur ce point.

Cf. Bernheim, *Hypnotisme*, 1891, p. 72. A. Forel, *Der hypnotismus*, 1889, p. 20.

3. Pierre Janet, *Stigmates mentaux des hystériques*, 1892, 127.

altérations de la volonté, comme l'aboulie, pouvaient rendre le sommeil difficile et déterminer l'insomnie.

Je voudrais montrer aujourd'hui que certaines idées fixes accompagnées d'une émotion systématique peuvent avoir le même effet et provoquer par un mécanisme assez curieux une insomnie des plus graves. C'est ce qui nous semble ressortir de l'étude d'un cas fort intéressant que M. le professeur Raymond a déjà présenté dans une de ses leçons du mardi et qu'il m'a permis de reprendre pour le comparer avec d'autres du même genre.

## *1. — Un cas d'insomnie prolongée.*

Observation I. — Zy., une femme âgée de 37 ans, ne présente des phénomènes névropathiques que depuis 3 ans. Son père n'eut aucun accident de ce genre et ne paraît pas avoir été alcoolique, mais sa mère, atteinte d'hystérie grave, a encore des attaques convulsives à l'âge de 65 ans.

Zy. fut réglée un peu tard, à 16 ans, sans accidents, elle eut un enfant à l'âge de 21 ans, et se montra toujours active et intelligente. Il y a 3 ans, à l'âge de 34 ans, elle perdit son enfant; mais quoiqu'elle ressentît une violente douleur elle ne présenta pas à ce moment des troubles moraux, et son regret naturel ne donna pas naissance à une idée fixe. Mais quatre mois plus tard elle eut une fièvre typhoïde extrêmement grave qui se prolongea pendant plusieurs mois et qui bouleversa son état mental. En effet, pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, le regret de l'enfant mort réapparut d'une manière beaucoup plus aiguë, donnant naissance à des gémissements continuels et provoquant même de véritables hallucinations visuelles. En un mot ce regret, qui était auparavant dans les limites normales, dégénéra après la fièvre typhoïde, comme on l'observe souvent, en une véritable idée fixe.

Mais bientôt, après un mois ou deux, cette obsession sembla s'évanouir pour faire place à une autre préoccupation. Zy. se plaignait constamment d'être très fatiguée, d'avoir sommeil, car elle n'avait pu dormir la nuit. Pendant la nuit, en effet, elle restait étendue sur son lit, les yeux ouverts, se retournant de tous côtés sans parvenir à s'endormir. Cette insomnie persistante fut constatée par toutes les personnes qui l'approchaient. Quand Zy. entra à

l'hôpital, l'année dernière, elle prétendait n'avoir pas dormi depuis deux ans.

A la Salpêtrière, elle fut soumise à une surveillance spéciale afin de constater cette insomnie, c'est-à-dire que je priai les infirmières, les veilleuses et même les malades de constater à toute occasion si elle dormait ou non. Le plus souvent on la trouvait assise sur son lit les yeux ouverts; quand elle était couchée, elle ouvrait les yeux et répondait dès qu'on s'approchait. Pendant quatre mois, il ne fut pas possible de la surprendre une seule fois endormie. Sans doute ce n'est pas là une vérification absolue, mais autant que l'on peut le constater par les affirmations de la malade, par les témoignages de son entourage et par les vérifications pratiques, voici une personne qui depuis deux ans et demi n'a plus de sommeil. On sait que les insomnies sont fréquentes chez les hystériques, au moins chez certaines d'entre elles, car je ne crois pas qu'il faille généraliser cette remarque d'une manière absolue. Mais des insomnies aussi complètes et aussi prolongées n'en sont pas moins assez rares, pour que, dans un service où se trouvent constamment un très grand nombre de malades hystériques, l'insomnie de Zy. fût remarquée comme étrange. Aussi avons-nous cherché à étudier, au moins au point de vue psychologique, les conséquences et le mécanisme de ce phénomène.

## 2. — *Conséquences de cette insomnie.*

Une étude intéressante sur l'insomnie a été faite récemment par MM. le P^r G. Patrick et le D^r Allen Gilbert[1]. Ils ont déterminé chez trois sujets de bonne volonté une insomnie artificielle en les maintenant éveillés pendant trois et quatre jours et, pendant ces journées, ils ont méticuleusement noté toutes les modifications physiologiques et psychologiques accessibles à l'observation pour les comparer avec l'état normal soigneusement déterminé avant et après l'expérience. Ces auteurs ont ainsi étudié les modifications du poids, qui chez les trois sujets a augmenté sensiblement pendant l'insomnie pour décroître après le sommeil; ils ont noté

1. Studies from the psychological laboratory of the University of Jowa. On the affects of Loss of Sleep. by Prof. G. T. W. Patrick and D^r J. Allen Gilbert. *The psychological Review*. Septembre 1896. p. 470.

les modifications du pouls, de la force musculaire, du temps de réaction simple et du temps de discrimination qui ont régulièrement augmenté, de la sensibilité, de l'acuité visuelle qui, chose curieuse, a paru s'accroître (un des sujets a présenté des hallucinations visuelles) de l'attention et de la mémoire qui ont nettement diminué, etc.

Une telle étude serait intéressante, si elle pouvait être faite de la même manière sur notre malade dont l'insomnie se prolonge depuis plus de deux ans. Mais il est évident qu'elle ne peut être répétée avec la même précision ; tout d'abord l'insomnie elle-même est loin d'être constatée de la même manière, il était impossible de surveiller rigoureusement la malade à toutes les heures de la journée pendant un temps aussi long ; ensuite l'état normal, le terme de comparaison ne nous était pas connu ; enfin beaucoup de ces expériences, à supposer, ce dont je ne suis pas toujours bien convaincu, qu'elles permettent de déterminer exactement l'état psychologique d'un homme normal sont peu applicables à des malades non préparés à ce genre de recherches et ne donnent chez eux que des résultats arbitraires. Il n'en est pas moins intéressant de noter les modifications de ce genre qui ont pu être constatées chez Zy. et de chercher celles qui semblent être le résultat de l'insomnie.

Cette malade présente d'abord des troubles de la sensibilité : on constate une anesthésie quelquefois complète pour la douleur, le toucher, la température aux deux mains et sur des îlots irrégulièrement disséminés sur les bras et sur le corps. Ces anesthésies sont très mobiles ; elles se modifient souvent d'une manière spontanée et diminuent considérablement. Elles varient surtout dans leur intensité et dans leur siège suivant que l'on attire plus ou moins fortement l'attention sur telle ou telle région ; enfin elles laissent subsister d'une manière fort nette des sensations subconscientes que la plupart des expériences connues peuvent mettre en évidence. L'état du sens musculaire varie également beaucoup, tantôt presque normal, tantôt diminué jusqu'à permettre le développement des attitudes cataleptiques.

Les sens du goût, de l'odorat et de l'ouïe sont légèrement diminués; quant à la vue elle est extrêmement réduite : l'acuité visuelle n'est pas augmentée comme dans les expériences précédentes ; elle est réduite à $\frac{1}{10}$ pour l'œil droit et $\frac{1}{8}$ pour l'œil gauche ;

le champ visuel pour chacun des yeux est réduit au minimum; il n'atteint pas 10°; la vision consciente n'existe, comme on le voit, que pour le point central.

Les mouvements ne présentent que peu de modifications; je note de temps en temps une tendance aux attitudes cataleptiques et un certain degré de contracture qui se développe dans les jambes à la suite des attaques convulsives qui surviennent quelquefois, quoique assez rarement.

La mémoire présente de la manière la plus nette l'altération que j'ai décrite sous le nom d'*amnésie continue*[1]; elle est nette et précise pour tous les événements antérieurs à l'âge de 34 ans, c'est-à-dire jusqu'au début de la maladie actuelle; elle est presque nulle pour les événements de ces deux dernières années. Zy. ne se souvient que des faits les plus saillants et elle semble oublier les faits au fur et à mesure de leur production. Il est vrai que le souvenir réapparaît de temps en temps d'une manière incomplète quand l'esprit est un peu plus actif.

En effet, le caractère le plus important de cette malade c'est la disparition presque complète et presque continuelle de toute activité cérébrale. Cette femme qui prétend ne dormir jamais a continuellement l'aspect d'une personne à demi endormie. La face est inerte et stupide, les yeux vagues, le corps sans énergie reste effondré sur une chaise ou sur un lit. Souvent la malade éprouve des sortes d'excitations au mouvement; elle marche au hasard indéfiniment avec une allure titubante; mais le plus souvent elle reste immobile sans remuer et sans parler. Il est absolument impossible depuis deux ans d'obtenir d'elle qu'elle essaye le moindre travail ou accepte la moindre occupation. Auparavant au contraire elle était très active et ne restait jamais inoccupée. Elle est devenue complètement indifférente à tout ce qui lui plaisait ou la préoccupait jadis. En dehors de quelques idées hypocondriaques, qui, comme on le verra, jouent un grand rôle dans sa pensée, rien ne peut la toucher ou l'émotionner.

Cette inertie complète se manifeste également par absence totale d'attention. Elle ne comprend pas à la lecture deux lignes de suite; ses yeux d'ailleurs vacillent et se remplissent de larmes dès qu'elle essaye de regarder fixement un objet ou de lire. C'est

1. Pierre Janet, Amnésie continue. *Revue générale des sciences*, 30 mars 1893, p. 169 et chapitre III de cet ouvrage.

la forme d'asthénopie qui m'a semblé se rattacher aux troubles de l'attention. Elle a essayé plusieurs fois sans y parvenir d'écrire quelques mots à son mari. C'est tout au plus si elle peut pendant peu de temps suivre une conversation très simple et comprendre assez ce qu'on lui demande pour répondre à peu près correctement; le plus souvent d'ailleurs, elle refuse de répondre et même d'écouter. Dans ces conditions, il ne faut pas songer à répéter les expériences de MM. Patrick et Allen Gilbert. J'ai cependant pu à plusieurs reprises prendre les temps de réaction.

Voici dans un très rapide résumé le résultat de ces recherches. Une série de réactions simples à un contact cutané est mesurée

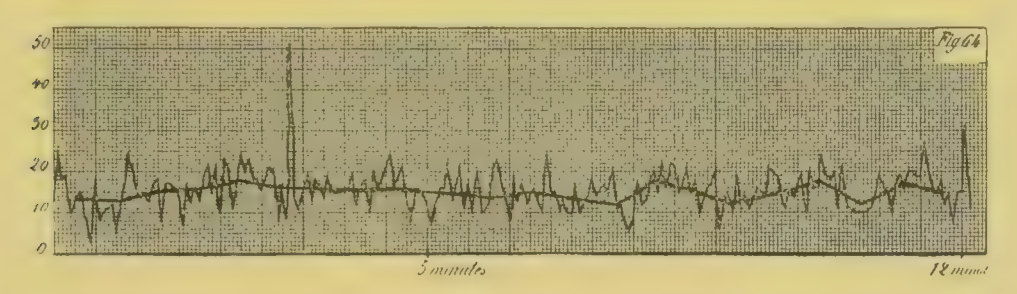



Fig. 64. — Courbe des temps de réaction simple à des excitations tactiles chez Zy.

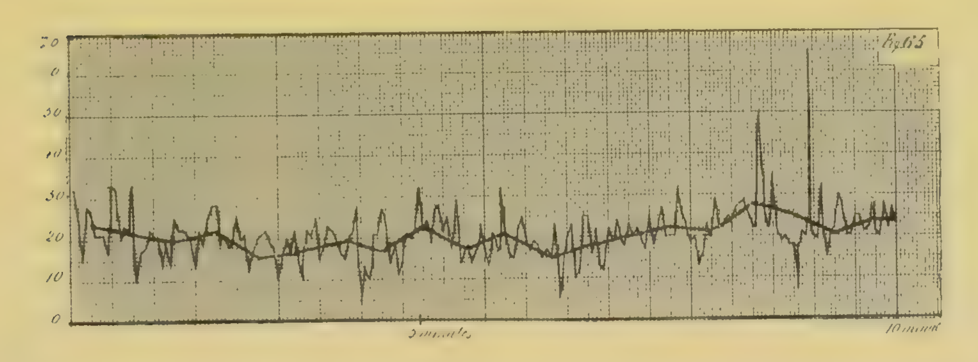



Fig. 65. — Courbe des temps de réaction simple à des excitations visuelles chez Zy.

avec l'appareil de D'Arsonval. Les signaux se suivent rapidement, à peu près 20 par minute, les temps sont comptés en centièmes de seconde. Pour 100 expériences : maximum 51, minimum 3, moyenne 17,32, variation moyenne 3,55. Pour cent autres temps de réaction après des excitations visuelles, maximum 66, minimum 5, moyenne 22,10, variation moyenne 4,09. D'ailleurs les figures 64 et 65, l'une donnant la courbe des réactions tactiles, l'autre la courbe des réactions visuelles résument ces recherches suivant l'une des méthodes qui a été adoptée dans le chapitre II.

Ces moyennes et ces courbes, surtout la seconde, sont un peu élevées ; mais elles ne sont pas celles que l'on aurait attendues *a priori* chez un sujet aussi dénué d'attention et présentant en apparence une si forte asthénopie. Les variations moyennes et la régularité de la courbe indiquent également peu de distractions.

C'est que chez ces malades, comme on l'a déjà vu, le mouvement de réaction se fait souvent d'une manière automatique et sa durée ne peut être, dans ces cas, considérée comme une mesure de l'attention consciente.

L'altération de la santé physique, quoique manifeste, ne semble pas en proportion de ces troubles psychologiques, au moins quand on s'en tient à l'observation clinique. La circulation du sang présente peu de troubles appréciables, le pouls reste en moyenne à 64, la température est toujours restée normale, des plaques rouges qui apparaissent de temps en temps sur la figure et sur le corps indiquent seulement quelques troubles vaso-moteurs. Les fonctions digestives semblent plus fortement troublées, non d'une manière très régulière, mais par périodes. La malade qui a conservé en grande partie le goût, la sensibilité du pharynx et de l'œsophage et qui ne semble pas, au moins autant que l'on peut le vérifier, avoir de graves anesthésies viscérales, mange en général assez peu, mais digère assez bien. Puis, pendant quelque temps, une semaine, par exemple, elle refuse de manger, ou bien présente des vomissements incoercibles. On note quelquefois des diarrhées, mais le plus souvent Zy est fortement constipée. L'analyse des urines faite à plusieurs reprises par M. Yvon, que je remercie de son obligeance, nous montre tous les éléments très réduits, ce que j'ai déjà remarqué à propos de plusieurs des cas précédents.

Les réflexes sont normaux, mais il faut constater à de certains moments une inégalité pupillaire que j'ai retrouvée fréquemment dans les états de ce genre[1]. Le symptôme le plus important c'est que la malade se plaint perpétuellement de grands maux de tête qui, dit-elle, n'ont jamais cessé depuis deux ans, maux de tête qui siègent surtout dans la partie antérieure du crâne sans localisation bien précise.

1. Histoire d'une idée fixe. *Revue philosophique*, février 1894, p. 150.

**Analyse de l'urine des 24 heures chez Zy.**

| ANALYSES | VOLUME | DENSITÉ | URÉE | Pho⁵ | CHLORURES |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1500 | 1011 | 16.87 | 2.185 | 8.47 |
| 2 | 1200 | 1014 | 18.60 | 2.145 | 2.64 |
| 3 | 1100 | 1011 | 12.65 | 1.69 | 1.76 |
| 4 | 2000 | 1010 | 18. » | 1.772 | 6.80 |
| 5 | 1850 | 1010 | 17.52 | 1.545 | 6.66 |
| 6 | 600 | 1023 | 16.50 | 1.903 | 3. » |
| 7 | 500 | 1025 | 14.25 | 1.685 | 3.70 |
| 8 | 550 | 1017 | 9.90 | 1.21 | 2.97 |
| Moyenne des analyses. | 1160 | 1015 | 15.53 | 1.779 | 4.50 |

Si l'on s'étonne du peu de troubles physiologiques que nous constatons nous remarquerons avec MM. Patrick et A. Gilbert que les individus insomniques ne sont probablement pas absolument privés de sommeil et qu'ils ont probablement pendant des instants très courts des périodes de sommeil incomplet. C'est évidemment ce qui se passe chez Zy. et il s'agit plutôt d'une perturbation considérable du sommeil que d'une insomnie absolue dans le sens strict du mot.

Il semble difficile au milieu de ces symptômes de distinguer ceux qui sont plus particulièrement en rapport avec l'insomnie. Ce sont évidemment des phénomènes hystériques, mais ce mot ne dispense pas de chercher leur origine. Or, cette femme ne présente de tels symptômes que depuis une époque qui date de quelques mois après sa fièvre typhoïde, c'est-à-dire depuis le moment où l'insomnie qui n'existait pas auparavant est devenue très grave.

En outre, les symptômes hystériques ont pris chez elle une forme particulière, la forme de la confusion mentale presque complète, qui n'existe pas d'ordinaire à ce degré chez les hysté-

riques à moins de circonstances spéciales. Enfin on peut remarquer encore que ces troubles ne sont que l'exagération des troubles de l'attention et de la mémoire observés dans les insomnies de courte durée. Par conséquent il ne serait pas absurde de considérer, chez cette malade, les stigmates hystériques et surtout cette confusion mentale comme une conséquence de l'insomnie prolongée. Un fait, à mon avis, intéressant donne quelque vraisemblance à cette supposition : dans quelques expériences que je vais décrire, j'ai pu déterminer artificiellement chez cette Zy. des sommeils assez profonds de quelques heures de durée. Un fait certain et facile à constater, c'est qu'au réveil de pareils sommeils, on observe pendant un certain temps, ne dépassant guère une demi-journée, la disparition des anesthésies, des amnésies, l'augmentation de l'attention, en un mot, une restauration presque complète de l'activité cérébrale. C'est là un phénomène analogue aux « instants clairs » de Marcelle, qui, d'ailleurs, survenaient aussi à peu près dans les mêmes conditions. En général, on observe des faits semblables quand on peut faire dormir les hystériques, surtout bien entendu quand elles étaient auparavant insomniques. Il n'est pas étonnant que le sommeil, en reposant plus complètement le cerveau diminue son épuisement.

Cependant il ne faut pas méconnaître que, chez d'autres malades, les stigmates hystériques, l'engourdissement cérébral et même la confusion mentale ne puissent survenir dans d'autres circonstances. Ce sont des symptômes d'un arrêt des fonctions cérébrales supérieures qui peut être déterminé par bien des conditions différentes. Il ne faut pas oublier non plus que dans d'autres cas l'insomnie elle-même peut être non la condition immédiate, mais la conséquence de ces troubles cérébraux. Ces différents phénomènes dépendent étroitement les uns des autres et, suivant les observations, l'un ou l'autre prend une importance prépondérante. Je remarque seulement que dans le cas présent, l'insomnie qui est devenue particulièrement grave semble avoir joué un grand rôle et avoir singulièrement aggravé les symptômes de l'hystérie.

### 3. — *L'idée fixe sous forme de rêve.*

Après avoir étudié les résultats de cette insomnie, il faut autant

que possible chercher sa cause immédiate, le phénomène dont elle dépend. Pour la déterminer, j'ai essayé de provoquer le sommeil d'une manière expérimentale. La plupart des médications soporifiques ont été essayées, et même à doses assez fortes, sans provoquer autre chose qu'une augmentation des maux de tête et une aggravation marquée de l'état de confusion mentale, mais non le sommeil véritable. J'ai cherché ensuite si les pratiques de l'hypnotisme ne permettraient pas de déterminer le sommeil et d'étudier ses modifications, les stigmates hystériques de la malade rendaient cette supposition vraisemblable. Non sans difficultés je suis arrivé après quelques séances à obtenir un assoupissement qui semblait assez profond. Mais à peine la malade fut-elle entrée dans cet état de sommeil qu'elle s'agita convulsivement, ouvrit les yeux avec une expression de terreur et se réveilla. Cette scène se reproduisit régulièrement à chaque séance. Il devenait plus facile de déterminer le début du sommeil chez la malade qui s'y prêtait volontiers et ne paraissait aucunement effrayée; mais après une minute de sommeil, elle se redressait brusquement avec un sentiment de terreur.

Zy. reconnut alors ce qu'elle n'avait jamais pu m'expliquer auparavant que les choses se passaient exactement de la même manière dans la nuit quand elle essayait de s'abandonner au sommeil normal. En réalité, surtout au début de la maladie, elle s'endormait un peu ; mais au bout de quelques minutes de sommeil elle était réveillée en sursaut et éprouvait un grand sentiment de terreur. Le même réveil se reproduisait après toute tentative pour s'endormir, si bien que la pauvre femme avait fini par ne plus même essayer de s'endormir. C'est là une remarque qui modifie un peu notre description précédente. Ce n'est pas précisément une malade qui ne peut pas dormir, puisqu'elle s'endort en réalité quelques instants, mais c'est une malade qui ne peut continuer à dormir, car elle est immédiatement réveillée.

Qu'est-ce qui détermine donc ce réveil perpétuel ? Si on interroge la malade sur ce qu'elle éprouve après ces sommeils interrompus brusquement, on n'obtient rien de bien précis. « J'ai dû faire un mauvais rêve, dit-elle, j'ai eu grand'peur, je ne sais pas pourquoi », et elle affirme, comme toujours, n'avoir aucune préoccupation et ne penser à rien de précis. C'est pendant le sommeil lui-même qu'il faut l'examiner pour constater le rêve, et, pour le faire, il faut réussir à prolonger un peu la durée du sommeil. On y

parvient en s'efforçant de « rester en rapport » avec elle pendant la durée de ce sommeil, en lui tenant la main, en lui parlant sans cesse, en exigeant des réponses par des légers mouvements des lèvres ou de la main. Si elle s'endort profondément, si elle cesse de vous écouter, de vous répondre par des serrements de la main, elle va se réveiller brusquement dans un instant. Si elle continue à vous écouter, on peut la rassurer constamment, la diriger dans ses rêves, et le sommeil peut être prolongé pendant des heures.

Quand on interroge la malade pendant ce sommeil, on constate très facilement un rêve toujours le même dont on ne pouvait se rendre compte pendant la veille. Le sujet de ce rêve, c'est tout simplement la pensée et le spectacle de la mort de l'enfant : Zy. le voit mourir et assiste à son enterrement. Ce rêve ne dure guère, car la malade bouleversée, épouvantée, se réveille immédiatement. Au début de la maladie, ce rêve était invariablement le même ; depuis quelques mois il se modifie un peu ; ce n'est pas toujours son enfant que Zy. voit mourir, c'est son père ou son frère qui meurent devant elle, et dans sa pensée il s'agit toujours, paraît-il, d'une fièvre typhoïde. On voit là cette modification lente des idées fixes subconscientes qui nous a paru souvent fort intéressante. Quoi qu'il en soit, ce n'est au fond que l'idée fixe primitive, celle de la mort de l'enfant, qui obsédait l'esprit d'une manière consciente pendant la convalescence de la fièvre typhoïde et qui avait semblé disparaître complètement. En réalité, la disparition n'avait été qu'apparente, comme cela arrive si souvent ; l'idée fixe avait simplement changé de caractère psychologique. Elle était devenue subconsciente et ne se développait plus complètement que pendant les instants de sommeil. Ne peut-on pas dire que ce rêve toujours le même n'est ici qu'une forme nouvelle de l'idée fixe ? Mais sous cette nouvelle forme, l'idée fixe avait déterminé un symptôme en apparence tout à fait nouveau, l'insomnie.

Il me semble facile en effet de démontrer que l'insomnie est bien en rapport avec le développement de cette idée fixe subconsciente. D'un côté, on constate que le réveil brusque survient toujours quelques instants après le début de ce rêve. Zy. repose bien tranquillement, le visage calme, la respiration régulière ; voici que sa figure se contracte, des larmes coulent de ses yeux, elle fait un mouvement des bras en avant comme pour écarter quelque chose. Je sais, par expérience, à quoi elle

rêve, mais je puis m'en assurer en attirant son attention, en déterminant quelques réponses : « Ah mon pauvre garçon, je ne veux pas qu'on l'emporte, etc. » Si à ce moment on n'intervient pas, si on la laisse continuer, elle ne tarde pas à se réveiller en sursaut.

Dira-t-on que le réveil lui-même se produit pour n'importe quelle autre raison et qu'il amène avec lui ce rêve qui est accessoire. Pour répondre je ferai l'observation inverse. Après avoir constaté le début du rêve, je prends la main de la malade et lui dis quelques mots de consolation. Je lui décris quelque autre spectacle imaginaire qui, en vertu de la grande suggestibilité à ce moment, détermine un autre rêve, puis je m'écarte d'elle. La voici qui semble suivre un instant la pensée suggérée, puis qui retombe dans l'immobilité complète avec la même respiration régulière qu'au début et la même indifférence aux bruits extérieurs. Dans quelques minutes, ou quelquefois après une demi-heure seulement, les mêmes phénomènes vont se reproduire et seront arrêtés de la même manière. Si le réveil devait se produire fatalement en vertu de conditions physiologiques sans rapport avec les pensées du sujet, pourrait-il être arrêté ainsi par quelques mots ? Si le réveil n'avait aucun rapport avec ce rêve terrifiant, aurait-il suffi d'arrêter et de modifier ce rêve pour prolonger le sommeil ? Sans doute, il y a là un sommeil défectueux, facile à interrompre, en rapport avec l'épuisement cérébral du sujet ; mais si défectueux qu'il soit, il continuerait, si le cauchemar ne venait l'interrompre brusquement. Enfin cet épuisement même du cerveau qui a rendu le sommeil insuffisant, n'est-il pas en rapport actuellement avec l'insomnie prolongée et au début avec l'obsession qui, à ce moment, il ne faut pas l'oublier, a été parfaitement consciente et a mis Zy. dans un état de désespoir perpétuel. Le réveil et l'insomnie surviennent donc à la suite d'un rêve toujours le même qui représente l'idée fixe et l'émotion systématique sous une forme particulière ; le réveil n'a pas lieu et l'insomnie disparaît si l'on parvient à supprimer ce rêve.

La relation de l'idée fixe sous forme de rêve avec l'insomnie est également démontré par le mécanisme de la guérison partielle que nous avons pu obtenir. On peut, en surveillant la malade de la manière que je viens de décrire, obtenir à chaque séance une heure ou plus de sommeil calme. On peut également, par les divers procédés de suggestion, par la dissociation de l'idée fixe sur laquelle je n'ai pas à revenir, diminuer ce rêve, le faire presque dis-

paraître, et les nuits suivantes la malade dormira pendant plusieurs heures, sans avoir le réveil brusque ni le sentiment de terreur.

On dira sans doute que ce n'est pas là un sommeil normal. Dans l'état de nos connaissances ou plutôt de notre ignorance sur le sommeil on ne peut sur cette question qu'émettre des affirmations sans preuves. Sans doute, c'est un état dans lequel la malade reste quelque peu en relation avec moi et peut m'entendre. Il en est exactement de même dans bien des sommeils naturels, par exemple dans celui de la mère qui dort près de son enfant. Cet état peut assez facilement, si on excite l'activité cérébrale, se transformer en somnambulisme. On a montré bien souvent qu'il en est de même pour beaucoup de sommeils naturels surtout chez les personnes prédisposées au dédoublement de la personnalité, c'est-à-dire qui peuvent, sans se réveiller complètement, entrer dans un état d'activité cérébrale autre que celui de la veille. En réalité la malade repose de la manière la plus calme, avec une respiration profonde et régulière, elle n'a aucune pensée, aucun rêve si on prend les précautions précédentes pour écarter un rêve particulier dès qu'il commence. Elle a pendant cet état une sensibilité très émoussée, au moins quand on ne l'excite pas en lui parlant, elle ne se réveille que difficilement et semble sortir d'un sommeil profond. Enfin elle est reposée comme à la suite d'un sommeil véritable. Il y a évidemment beaucoup de variétés dans le sommeil normal et l'état ainsi déterminé me paraît constituer l'une d'entre elles.

Il y a là cependant un fait curieux sur lequel je dois insister. Cette femme est incapable de dormir plus de deux ou trois minutes, si elle est abandonnée à elle-même et elle peut être maintenue endormie pendant des heures et probablement pendant des nuits entières si quelqu'un a la patience de s'occuper d'elle, de surveiller et de diriger son sommeil. On se souvient à ce propos de ces malades à qui il faut tout apprendre de nouveau, à qui il faut apprendre à manger, à déglutir, à respirer, à parler, à marcher, etc. Quel que soit le mécanisme du procédé employé pour faire dormir Zy., il est évident que par une influence uniquement morale, on la fait dormir. C'est là encore une forme intéressante et nouvelle de ces « influences », de ces « besoins de direction » dont je montrais récemment l'importance[1].

1. Pierre Janet, L'influence somnambulique et le besoin de direction. *Revue philosophique*, février 1897, p. 113 et chapitre XIII de cet ouvrage.

C'est d'ailleurs ce besoin perpétuel de direction qui rend très incomplète la guérison de cette malade. Quand on provoque fréquemment le sommeil par les méthodes précédentes, on note rapidement des modifications intéressantes dans son état : les vomissements cessent, l'activité et l'attention sont plus grandes, la sensibilité réapparaît complète, les maux de tête disparaissent presque entièrement. Malheureusement, comme il arrive souvent pour des idées fixes de ce genre, le rêve a une tendance déplorable à réapparaître au bout de quelques jours. Il faudrait sans cesse le combattre par une direction constante de la pensée. Zy. rentre au moins jusqu'à présent dans cette catégorie de malades que j'ai récemment décrits et qui ont besoin de vivre constamment sous la dépendance d'une autre personne. C'est là l'état de faiblesse, d'engourdissement cérébral fondamental, déterminé probablement dans ce cas comme dans beaucoup d'autres par l'infection typhique, qui a permis à l'idée fixe de se développer et qui aujourd'hui encore est la raison de sa réapparition perpétuelle. Comme j'ai toujours essayé de le montrer, l'idée fixe, qu'elle soit sous forme d'obsession, d'impulsion, de rêve ou d'émotion persistante, est la cause de *la forme particulière que prennent les accidents*. Loin de causer l'épuisement cérébral fondamental, l'idée fixe et la suggestibilité en dépendent au contraire et ne se développent que sur ce terrain préparé par l'hérédité ou la maladie.

### 4. — *Sommeils, somnambulismes déterminés par l'idée fixe.*

Sans insister sur ces difficultés générales de la thérapeutique des idées fixes, il faut seulement chercher à comprendre cet effet singulier d'une idée fixe subconsciente déterminant l'insomnie. Ce n'est pas là le résultat habituel de ces idées fixes, on sait en effet que si elles surviennent pendant la veille elles ont plutôt pour effet de déterminer du sommeil. J'ai déjà signalé bien des cas de ce phénomène ; en voici un de plus, simplement comme exemple.

Observation II. — B., jeune fille de 16 ans, a été très effrayée à la campagne par un bœuf qui se précipitait sur elle. Il est intéressant de remarquer que, à l'inverse d'autres malades du même genre déjà étudiées dans cet ouvrage, elle ne s'est pas endormie au moment même de l'accident sous l'influence de l'émotion. Pen-

dant cinq semaines elle reste très préoccupée de cet accident, en parlant sans cesse, disant qu'elle croit voir le bœuf, qu'elle y rêve, etc. C'est la période de l'idée fixe consciente, la période d'incubation, comme on a dit souvent. A la fin de cette période, elle semble oublier ses terreurs et n'en parle plus jamais, mais elle présente un tout autre phénomène, elle s'évanouit au milieu de la journée et reste inerte pendant quelques minutes ou même quelques heures. Je n'insiste pas sur la description de ces attaques à forme de sommeils qui se présentent chez elle de diverses manières, je remarque seulement qu'il est facile par les attitudes de la malade ou par l'interrogation dirigée avec soin de savoir les phénomènes qui occupent l'esprit pendant cette période. C'est évidemment le rêve terrifiant du bœuf qui se précipite sur elle. Toute association d'idées, toute émotion réveille ce rêve et immédiatement après vient le sommeil. Cette torpeur cérébrale est-elle déterminée simplement par l'émotion chez une jeune fille affaiblie, et présentant déjà à un degré faible quelques stigmates hystériques ? Ou bien la rêverie emplit-elle assez l'esprit pour supprimer la perception personnelle de tout autre phénomène et déterminer un état de sommeil apparent suivi d'amnésie ? Ces deux mécanismes ne sont pas opposés l'un à l'autre, ils jouent tous deux un rôle plus ou moins grand suivant les différents cas. Quoi qu'il en soit nous remarquons ici un résultat particulier de l'idée obsédante, la torpeur cérébrale et le sommeil.

Si ces idées fixes survenant pendant la veille déterminent des attaques de sommeil, quand elles surviennent pendant le sommeil naturel, elles donnent ordinairement naissance à un autre phénomène qui est le somnambulisme. Le fait est si banal qu'il suffit d'en rappeler très rapidement des exemples.

Observation III. — Den., un homme de 25 ans, a été attaqué la nuit par des rôdeurs et il a été longtemps tourmenté par ce souvenir. Depuis quelque temps il croit l'avoir oublié ; cependant il lui arrive assez fréquemment de se lever la nuit tout endormi. Il a les yeux ouverts mais fixes, la figure effrayée, il court autour de sa chambre, il prend son édredon, ses vêtements, s'en enveloppe comme pour se cacher, et ainsi affublé se glisse sous son lit. Au bout d'un temps variable il en sort tout doucement, se recouche et dort jusqu'au matin. Au réveil il ne se souvient d'aucun des incidents de la nuit.

Observation IV. — Le cas de No., jeune homme de 19 ans, est

plus complexe. C'est un cleptomane dont les impulsions pendant la veille sont en partie subconscientes et en partie conscientes. Je n'examine ici que ce qui se passe pendant la nuit. Ce jeune homme se relève pendant la nuit et vole dans la maison divers objets, même des objets lui appartenant, puis il va les cacher dans des endroits où il ne peut les retrouver le lendemain. Ce n'est que dans un sommeil hypnotique consécutif qu'il retrouve la mémoire de ses vols et de ses cachettes.

Observation V. — Le cas de Mr. est intéressant pour notre étude. Cette petite fille de 13 ans a été punie à sa pension pour une faute quelconque. Elle est rentrée chez ses parents en leur cachant sa mésaventure qui d'ailleurs la préoccupe peu. La nuit, après deux heures de sommeil, elle se relève, appelle ses parents d'une voix épouvantée, leur raconte qu'elle est coupable, qu'elle a commis des crimes épouvantables, qu'elle doit les expier, et avant qu'on ait pu s'y opposer, elle s'échappe et se précipite par la fenêtre. On la relève n'ayant que des blessures légères, mais parfaitement réveillée et toute tremblante. Elle demande avec anxiété comment elle se trouve par terre dans le jardin au lieu d'être dans son lit. De toute la scène précédente aucun souvenir.

On pourrait facilement multiplier des cas de ce genre montrant toujours que le résultat le plus ordinaire de l'idée fixe survenant pendant le sommeil, c'est le somnambulisme monoidéique.

## 5. — *Insomnies par idée fixe.*

Quelle que soit la généralité de cette remarque, il ne faut pas croire cependant que le cas de Zy. soit tout à fait isolé et que l'on ne puisse assez fréquemment constater des insomnies déterminées par l'idée fixe émotionnante.

On sait que l'idée fixe consciente, celle dont les malades sont obsédés pendant la veille, peut continuer à remplir la conscience pendant la nuit et rendre le sommeil presque impossible. Du., tourmentée par l'impulsion à l'homicide, ne dort plus pendant les périodes où l'impulsion est grave. Fa. ne dort plus non plus depuis qu'elle est obsédée par la pensée qu'elle est enceinte et que son enfant sera difforme, etc. Mais ce qui est plus rare, c'est que l'insomnie soit déterminée par une idée fixe dont le sujet ne se

rend aucunement compte et qui se développe pendant le sommeil tout à fait à son insu.

Observation VI. — Sch.[1], une femme de 39 ans, a vu il y a trois ans les cadavres de son frère et de sa sœur tués dans un accident de chemin de fer. Depuis se sont développés chez elle, au plus haut point, ces symptômes que l'on désigne presque toujours sous le nom si vague de symptômes neurasthéniques : maux de tête continuels, suppression de l'attention et de la volonté, et surtout amnésie continue à un degré véritablement curieux. Presque tous les événements de la journée sont immédiatement oubliés, ce cas serait à rapprocher du cas célèbre de M^me D. que nous rappellerons tout à l'heure. En outre cette malade est presque complètement insomnique : au milieu du sommeil, et non comme Zy. au bout de deux minutes, elle se réveille en sursaut avec un grand cri. Immédiatement après le réveil elle sait ce qui l'a effrayée et peut dire qu'elle a encore rêvé aux cadavres de son frère et de sa sœur, mais ce souvenir s'efface au bout de peu d'instants, et dans la journée elle ne peut plus se rappeler ce qui la réveille toutes les nuits, ou bien elle ne le raconte que d'après le témoignage d'autrui sans en avoir le souvenir personnel.

Observation VII. — Leq., femme de 30 ans, présente deux accidents, une contracture des muscles de la nuque qui maintient la tête renversée en arrière et une insomnie rebelle. Les deux symptômes sont facilement explicables si on examine la malade pendant l'état hypnotique. Un état émotif persistant, une idée fixe subconsciente relative à un individu mort du tétanos dont elle a vu le cadavre, détermine la contracture systématique et les réveils subits pendant la nuit.

Observation VIII. — Wkb., âgée de 22 ans, présente pendant la veille un singulier délire caractérisé par une haine bizarre contre son beau-père qui est mort depuis quelque temps. Elle l'accable sans cesse d'insultes, et elle court même au cimetière pour se livrer au singulier exercice de l'injurier dans sa tombe ainsi que sa femme. Elle ne semble pas pouvoir justifier cette haine et en donne des raisons vagues et insuffisantes. La nuit elle a des réveils en sursaut avec des cris et des sensations d'étouffement. Pendant le sommeil hypnotique, elle raconte que son beau-père a abusé

1. Voir l'observation de cette malade dans le chapitre IV de cet ouvrage « amnésie continue ».

d'elle pendant un évanouissement (de nature hystérique) et que c'est cette scène se reproduisant constamment qui détermine la haine et l'insomnie. Il est évident que cette accusation (vraie ou fausse, peu importe) n'existe pas consciemment dans l'esprit du sujet après le réveil.

Observation IX. — Mais le cas le plus remarquable est celui de Mme D., âgée de 34 ans. Ce cas remarquable a déjà été l'objet de bien des études : Charcot puis Souques l'ont examinée au point de vue clinique; j'ai repris moi-même son étude au point de vue de l'interprétation psychologique des symptômes et du traitement moral[1]. A la suite d'une émotion violente (on lui avait annoncé faussement la mort de son mari) la pauvre femme avait complètement perdu non pas les souvenirs du passé, mais la faculté de la mémoire, le pouvoir d'acquérir de nouveaux souvenirs. Elle oubliait tous les événements au fur et à mesure de leur production. Après l'avoir soumise pendant un certain temps à un traitement psychologique que je ne puis rapporter ici, je suis parvenu à lui faire conserver les souvenirs pendant toute une journée : le soir elle se souvenait encore de ce qu'elle avait fait ou vu le matin. Mais il m'était impossible d'aller plus loin, le lendemain matin elle avait complètement oublié les événements de la veille. L'oubli semblait en rapport avec une modification survenant pendant le sommeil, il fallut étudier celui-ci. Or presque toujours, quoique la malade ne s'en plaignait pas à cause de son amnésie, elle passait la nuit sans dormir. En effet, elle s'endormait d'abord d'un sommeil lourd dans lequel elle exprimait tout haut certains rêves qui ont été étudiés par Charcot pour montrer chez cette malade la persistance des souvenirs subconscients. Mais au bout d'un temps variable, généralement assez court, elle se réveillait subitement. Si on l'observe à ce moment on remarque qu'elle semble effrayée, qu'elle regarde dans ses rideaux et près de son lit comme si elle cherchait quelqu'un, puis elle se calme et ne sait plus du tout ce qu'elle a éprouvé. Si elle se rendort, ce qui est rare, le même réveil se reproduira au bout de peu de temps.

Quand elle est hypnotisée, elle se souvient parfaitement qu'elle

1. J.-M. Charcot, Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde. *Revue de médecine*, février 1892, p. 81. — A. Souques, Essai sur l'amnésie rétro-antérograde dans l'hystérie, les traumatismes cérébraux et l'alcoolisme chronique. *Revue de médecine*, 10 mai 1892, p. 367. — Pierre Janet, L'amnésie continue. *Revue générale des sciences*, 30 mars 1893, p. 169, chapitre III de cet ouvrage.

a eu le même rêve terrible qui revient constamment, elle a vu le même individu s'approcher d'elle et lui dire que son mari était mort. C'est ce qui l'a réveillée brusquement. Cette idée fixe qui détermine l'amnésie continue, comme je l'ai montré dans mon étude précédente, et qui, comme on le voit ici, détermine aussi l'insomnie, était si bien cachée, si peu consciente que le sujet examiné pendant plusieurs mois et avec la plus grande curiosité n'avait jamais pu la révéler, et n'avait rien exprimé qui pût la faire soupçonner. Cependant, elle était si nette et si complète qu'elle se développait presque constamment sous forme d'hallucinations visuelles ou auditives, qu'elle s'accompagnait toujours d'une émotion violente capable de reproduire sans cesse le bouleversement de l'esprit. Mais ce n'est que dans un état particulier et sous certaines conditions que le sujet en reprenait pour un moment le souvenir et la conscience. C'est là ce qui caractérise pour moi les idées fixes subconscientes et l'observation de Mme D. remarquable à bien des points de vue était encore un cas particulièrement net d'insomnie par émotion persistant à l'insu de la malade, par idée fixe subconsciente.

## 6. — *Relations étroites entre ces divers phénomènes.*

On voit par les exemples précédents que ce genre d'insomnie peut se rencontrer assez fréquemment. Mais il n'en est pas moins singulier de voir le même phénomène, le développement d'une émotion subconsciente déterminer des symptômes aussi différents en apparence comme le sommeil, le somnambulisme et l'insomnie. C'est qu'en réalité ces trois phénomènes ont entre eux les liens les plus étroits. Ces crises de sommeil, qui ne sont en réalité, au moins dans ces cas, que des rêveries absorbantes et épuisantes supprimant la perception des autres phénomènes, se rapprochent beaucoup des somnambulismes ; on constate entre eux toutes les transitions et on peut voir le même sujet passer de l'une à l'autre. L'insomnie semble au premier abord en différer davantage, mais si l'on réfléchit aux conditions qui déterminent cette insomnie on verra ces différences s'effacer. L'insomnie n'est ici qu'un phénomène secondaire, elle n'est que la conclusion d'un rêve terrifiant qui par les émotions et les mouvements qu'il détermine amène le réveil. Le fait essentiel c'est le rêve et son développement exagéré.

Cela est évident dans certains cas où le somnambulisme a le temps de se développer davantage. Dans l'observation V, Mr. présente d'abord un somnambulisme véritable à la suite d'un rêve, mais dans cet état elle se jette par la fenêtre, se blesse et se réveille complètement. Le fait du réveil est bien ici secondaire au somnambulisme. Dans certains cas plus curieux encore, la relation des trois phénomènes est encore mieux démontrée, car ils se présentent tous les trois chez le même sujet, à propos de la même idée fixe.

Observation X. — Ro., âgée de 28 ans, faible d'esprit et hystérique, a été élevée par un oncle et une tante qu'elle aime beaucoup. Elle a été bouleversée par leur mort survenue à deux mois d'intervalle. Depuis elle présente plusieurs accidents névropathiques. Tantôt elle perd conscience au milieu de la journée, reste évanouie, les yeux fermés ou même quelquefois les yeux ouverts et fixes pendant plusieurs heures. Tantôt le sommeil est troublé par de véritables somnambulismes : elle se lève, s'habille, veut sortir de la chambre et quand on l'en empêche se met à genoux, prie ou pleure dans un coin, puis se recouche et se rendort sans garder de la scène aucun souvenir au réveil. Tantôt enfin elle a des terreurs nocturnes qui la réveillent subitement dès qu'elle commence à s'endormir. Il est bien facile de constater pendant le sommeil hypnotique que la pensée obsédante de son oncle et de sa tante accompagne également ces trois accidents. Sans doute, je le répète, il y a pour ces phénomènes hystériques d'autres conditions physiques et morales que l'idée fixe. Mais ces idées fixes n'en sont pas moins un des éléments intégrants, un des symptômes qui entrent dans la constitution des sommeils, des somnambulismes, des insomnies. Il faudra déterminer dans chaque cas particulier si le rôle joué par cet élément est plus ou moins prépondérant.

Il résulte de ces réflexions que nous devons proposer pour le cas de Zy. un diagnostic en apparence assez paradoxal. Cette malade continuellement insomnique depuis deux ans est en réalité une somnambule. Ces réveils rentrent dans la grande classe des phénomènes d'automatisme psychologique que l'on désigne sous le nom de somnambulismes.

Il n'était pas sans intérêt de remarquer ces quelques notions à propos de ce cas embarrassant : 1° L'insomnie persistante peut être un phénomène hystérique ; 2° elle détermine un affaiblissement énorme des phénomènes de synthèse mentale qui se mani-

feste surtout sous forme de confusion mentale ; 3° cette insomnie se rattache dans certains cas à des phénomènes de somnambulisme plus ou moins complet ; 4° elle peut dépendre comme les somnambulismes eux-mêmes de la persistance de certaines idées fixes subconscientes plus ou moins méconnues ; 5° enfin, elle est guérie facilement par le traitement des idées fixes elles-mêmes. Sans préjuger du problème général des insomnies et de leurs conditions physiques, cette étude peut nous renseigner sur une forme particulière qui a son importance dans les névroses.

---

# CHAPITRE X.

## UN CAS DE POSSESSION ET L'EXORCISME MODERNE[1]

1. Un cas de possession. — 2. Les rêveries subconscientes. — 3. Explication du délire et traitement.

Mesdames, Messieurs,

La Société des Amis de l'Université lyonnaise m'a fait l'honneur de m'inviter à exposer devant vous quelques-unes des recherches faites récemment dans le domaine des sciences morales et psychologiques. Je suis heureux et fier de venir parler de questions qui m'intéressent fort dans une ville qui a contribué si brillamment au progrès des sciences médicales et philosophiques.

Les études psychologiques, les analyses de l'esprit humain ont pris dans la seconde moitié de ce siècle une importance de plus en plus grande et un caractère assez nouveau. Au lieu de se borner à examiner et à décrire ses propres sentiments, ce qui est fondamental sans doute mais peu précis et fort incomplet, le psychologue a examiné davantage les hommes qui l'environnaient et d'après leurs attitudes, leurs actes, leurs paroles, leurs écrits, il a cherché à analyser leurs sentiments et leurs idées. Une psychologie en quelque sorte *objective* s'est ainsi ajoutée à la psychologie purement subjective de nos vieux maîtres, elle a constaté ainsi des faits nouveaux et précis qui ont permis de mieux comprendre les anciennes observations et d'étendre singulièrement le champ des études morales. Cette psychologie objective s'est elle-même sub-

1. Conférence faite à l'Université de Lyon, le 23 décembre 1894, publiée dans le *Bulletin de l'Université de Lyon*, de décembre 1894-janvier 1895.

divisée : tantôt avec les psycho-physiciens elle mesure avec précision les sensations et leurs relations avec les excitations extérieures, tantôt sous le nom de psycho-physiologie, elle cherche les rapports entre les organes cérébraux et la pensée, tantôt sous le nom de psychologie comparée, elle rapproche les caractères des différentes races humaines, compare même l'intelligence de l'homme et celle des animaux. Mais une branche de ces études a pris, dans ces dernières années et dans notre pays surtout, un développement considérable. Je veux parler de la psychologie pathologique, de la psycho-pathologie comme on la désigne souvent à l'étranger en parlant des travaux français[1].

L'esprit, en effet, est sujet à des maladies comme le corps, et les maladies de l'esprit nous permettent de constater des phénomènes psychologiques extrêmement intéressants à bien des points de vue. Ces maladies nous montrent des exagérations singulières des phénomènes normaux et nous permettent d'étudier les faits de l'esprit à un fort grossissement, comme fait le microscope pour les objets physiques. Elles nous présentent aussi des modifications, des altérations des phénomènes moraux, altérations qui se produisent sous nos yeux dans des circonstances bien déterminées. De tels changements des phénomènes dans des conditions données forment ce que l'on appelle dans les sciences des expériences et la malade nous offre souvent à étudier de véritables expériences psychologiques, expériences qui sont faites naturellement et que nous n'aurions pas pu avec nos faibles moyens réaliser d'une façon artificielle.

Cette partie de la psychologie objective a encore un avantage qui me paraît essentiel : elle est pratique. Sans doute une science ne se préoccupe pas uniquement des applications utiles de ses recherches, elle sait bien souvent être désintéressée ; mais il n'en est pas moins vrai que les applications, quand elles sont possibles, forment la consécration et la sanction d'une étude scientifique. La vérité des recherches psychologiques ne sera bien démontrée, la psychologie ne prendra réellement la place qui lui est due, que lorsqu'elle sera devenue, elle aussi, une science pratique et utile aux hommes. La psychologie pathologique contribuera puissam-

1. Max. Dessoir, Experimentelle patho-psychologie. *Vierteljahrsschrift f. Wissenschaftliche. Philosophie*, 1892. — N. Fornelli, *Gli studi di psicopatia in Francia*, Napoli, 1894.

ment à cet heureux résultat : déjà les études sur les esprits anormaux, sur les criminels, permettent d'entrevoir une réforme pratique de la pédagogie et de la législation criminelle. Il n'est pas interdit d'espérer que de la psychologie pathologique sortira quelque jour une médecine de l'esprit qui permettra de soulager et de guérir. Ces résultats des études psychologiques, bien qu'ils soient pratiques, ne doivent pas être dédaignés, ils doivent au contraire être considérés comme l'achèvement, la récompense de tous les travaux des moralistes.

C'est ce rôle important de la psychologie objective au point de vue scientifique et au point de vue pratique que je voudrais faire comprendre en étudiant un exemple précis. Le cas présente un intérêt général car il se rapporte à un délire qui a joué un assez grand rôle dans l'histoire, le délire de possession par le diable. Il s'agit d'un malade atteint de ce délire, d'un possédé du diable que nous avons pu étudier il y a quelques années à la Salpêtrière. L'analyse de son état mental a été faite dans ce petit laboratoire de psychologie que mon excellent et tant regretté maître Charcot m'avait aidé à installer dans son service à la Salpêtrière et dont mon éminent maître, M. le professeur Raymond, a bien voulu me conserver la direction. Cette étude d'un esprit malade peut donner une idée générale de certaines recherches de psychologie objective et des ressources qu'elle apporte pour le soulagement des aliénés.

## 1. — *Un cas de possession.*

Ces délires de possession par le diable étaient autrefois très fréquents et se présentaient sous plusieurs formes que l'on considère justement aujourd'hui comme des maladies mentales différentes. Le plus souvent ces maladies atteignaient simultanément un grand nombre de personnes d'une même région et formaient de véritables épidémies. On connaît, pour ne signaler que quelques exemples, la possession des religieuses du monastère de Kintrop en 1550 que le diable forçait à gambader, à hurler, à miauler ; on sait l'histoire si horrible et si honteuse des Ursulines de Loudun et du supplice d'Urbain Grandier. Les épidémies plus récentes de Morzine, 1860, de Verzegnies, 1880 ont été bien souvent décrites. Ces maladies d'ailleurs ne sont pas propres à notre

ère et nous n'avons sur ce point rien inventé ; nous n'avons fait qu'adapter à nos croyances les idées du monde païen. M. Henri Meige[1] dans une série d'études bien curieuses vient de nous montrer les premières manifestations de ces délires et de ces croyances bien avant le christianisme. Dans les peuplades sauvages de l'Afrique, comme il nous le prouve dans son étude sur les possédées noires, on trouve les mêmes phénomènes et les mêmes interprétations. Dans l'antiquité grecque et latine nous connaissons les Orgies Dionysiaques, les cérémonies de la divination enthousiaste, les bizarres coutumes des curètes, des Corybantes, des prêtres Saliens ; avant les possédés du démon existaient les possédés des dieux. Dans la littérature même vous connaissez l'histoire de l'âne d'or d'Apulée, de Lucius qui, sous l'empire des sorcières, a perdu son libre arbitre et se croit métamorphosé en âne. Enfin, ce sont bien souvent des possédés que ces malheureux qui sont poussés à se jeter à la mer par une forte passion pour la nymphe Amphytrite, toutes ces victimes de Jupiter ou d'Apollon. Dans l'Extrême Orient les choses se passaient de même : d'après le travail curieux du Dr Nevius[2], les Chinois possédés par la déesse Wang se comportent tout à fait comme chez nous les possédés de Satan.

La lumière s'est faite peu à peu sur ces phénomènes terrifiants, déjà Dom Calmet dans son livre si curieux sur les esprits publié en 1751 fait quelques observations justes sur ces épidémies de possession qui augmentent par les persécutions. Esquirol dans le premier volume de ses œuvres explique ce singulier délire autant qu'on le pouvait faire à son époque ; les travaux d'Ellis, d'Archambault, de Legrand du Saulle, de Guislain, de Dagonet, de Macario, de Ritti, de Legals, etc., nous aident à l'interpréter.

Tous les esprits éclairés sont aujourd'hui bien convaincus que ces possessions n'étaient que de simples maladies mentales et que les exorcismes, quand ils ont eu quelque action, ont joué un rôle analogue à celui des suggestions dans les recherches hypnotiques. On a même, par une sorte de diagnostic rétrospectif, précisé les diverses formes de ce délire et on les a comparées à telle ou telle maladie étudiée aujourd'hui. Mais ces interprétations de phéno-

1. Dr H. Meige, *Les possédées dans l'antiquité. — Les possédées noires*, 1894.

2. Dr John L. Nevius, *Demon-possession and allied Themas being an inductive Study of phenomena of our own times*. New-York, 1894.

mènes anciens n'ont jamais la précision ni la certitude des études récentes sur les faits qui ont lieu devant nous. Il nous faut prendre les délires de possession qui existent encore de nos jours [1], quoiqu'ils attirent moins l'attention et ne soient que rarement l'objet des superstitions publiques, et les analyser nous-mêmes. Nous retrouverons en eux les mêmes caractères, les mêmes détails qui ont été notés si exactement par les anciens observateurs. Nous reconnaîtrons, comme disait Charcot, « la loi de l'identité d'une manifestation pathologique » et, comme nous pourrons faire des expériences plus minutieuses, nous pourrons interpréter mieux ces délires.

Le malade qui va nous servir à faire cette étude est un homme de 33 ans qui, il y a quatre ans, a été amené à la Salpêtrière dans le service de Charcot. J'ai pu examiner avec soin ce personnage qui m'avait été confié et j'ai été assez heureux pour lui rendre complètement la raison en quelques mois. Cette guérison s'est admirablement maintenue depuis plus de trois ans [2] et le malade a été suivi assez longtemps pour que l'on puisse maintenant étudier son délire, examiner les procédés qui ont amené la guérison et que l'on peut appeler l'*exorcisme moderne* et enfin tirer de cette observation les enseignements qu'elle comporte. Je puis d'ailleurs sans inconvénients raconter les mésaventures de ce pauvre homme, je lui donnerai un nom de convention, et je changerai celui de son pays et sa situation sociale ; seuls les faits psychologiques et médicaux seront exacts, ils ont un caractère abstrait et impersonnel qui permet de les discuter.

Achille, nous le désignerons par ce nom, appartenait à une famille modeste de paysans du midi de la France, son milieu était simple et évidemment peu instruit. Cela confirme la remarque d'Esquirol que le délire de possession ne se rencontre plus guère à notre époque que dans la basse classe de la société [3]. Ses parents et les habitants du village étaient assez superstitieux et des légendes singulières couraient sur sa famille. On accusait son père de s'être autrefois donné au diable et d'aller tous les samedis auprès d'un vieux tronc d'arbre causer avec Satan qui lui remettait un sac

1. A. Souques, Une récente exorcisation en Bavière. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1893, 1.

2. Le malade est maintenant bien raisonnable depuis plus de huit années. .

3. Esquirol, *Maladies mentales*, 1838, I, 504.

d'argent. Le père d'Achille riait de ces accusations mais il n'en était pas moins assez tourmenté et obsédé de craintes superstitieuses. D'ailleurs son propre père, le grand-père d'Achille, n'avait pas non plus une raison parfaitement saine : à plusieurs reprises il était parti sans motif de chez lui et on n'avait pu s'expliquer ces fugues d'une façon complète, il est difficile aujourd'hui de les interpréter avec précision.

Il en était à peu près de même pour la mère de notre héros, elle avait une robuste santé physique, mais une intelligence assez faible et elle ne pouvait résister à un vice qui est plutôt une maladie mentale, l'ivrognerie. C'était chez elle une habitude de famille : sa propre mère, la grand'mère d'Achille, était rarement dans son bon sens ; sans pousser les choses aussi loin, elle l'imitait et en résumé nous pouvons considérer toute cette famille comme fortement entachée d'alcoolisme. D'après ces remarques, on nous dira qu'Achille était héréditairement prédisposé à la folie, que c'était un dégénéré suivant le terme classique. Cela est juste d'une façon générale et banale ; il est incontestable que l'alcoolisme des parents prédispose les enfants à toutes sortes de maladies physiques et mentales. Mais cela est d'une vérité un peu trop générale et il ne faut pas se figurer avoir tout expliqué en disant d'un malade : « C'est un dégénéré ». Cette remarque, le plus souvent juste en elle-même, ne nous dispense pas d'étudier sa maladie, d'en rechercher les causes secondes qui sont pratiquement plus importantes que la cause première et générale et même de chercher à le guérir.

Achille eut une enfance normale ; élève dans un petit collège, il se montra studieux et appliqué, quoique d'une intelligence moyenne ; il avait surtout une grande mémoire et il lisait énormément, sans grand choix. Il était impressionnable, prenait tout au sérieux « comme si c'était arrivé, disait-il », et restait longtemps bouleversé pour une peur, pour une punition, pour le moindre incident. Il ne partageait pas les superstitions de son village et avait même très peu de croyances religieuses. On aurait pu le déclarer presque normal, s'il n'avait eu fréquemment des migraines et si l'on n'avait observé quelques petits faits qui me paraissent avoir leur importance. Quoiqu'il fut très sensible et très affectionné il ne parvenait pas à se créer des amitiés, il vivait seul et était un peu tourné en ridicule par ses camarades. Sans exagérer l'importance du fait qui peut être quelquefois insignifiant, j'augure

mal de ces enfants, de ces jeunes gens, qui sont les souffre-douleur de l'école et du collège. Ils ont quelque malformation morale qui les prépare à ce rôle et cette situation n'est pas faite pour favoriser le développement de leur esprit.

Mais Achille sorti de bonne heure du collège et occupé à un petit commerce ne parut pas en avoir souffert beaucoup. Une circonstance très heureuse pour lui, c'est qu'il se maria de bonne heure, vers l'âge de 22 ans, avec une femme indulgente et dévouée qui redressa quelques écarts de son imagination et le rendit raisonnable et heureux pendant plusieurs années. Il eut une enfant, une petite fille qui s'éleva d'une façon absolument normale et tout alla pour le mieux chez notre personnage pendant une dizaine d'années. Achille avait 33 ans quand il éprouva une série d'accidents qui l'ont conduit en quelques mois à la Salpêtrière.

Je vais vous raconter ces accidents, *d'une première manière*, tels qu'ils se présentent pour un observateur superficiel, c'est-à-dire tels qu'ils ont été observés par l'entourage du malade, tels qu'ils sont racontés par sa femme, et même tels qu'Achille les raconte lui-même, quand on l'interroge et qu'il fait tous ses efforts pour parler avec exactitude et sincérité.

Vers la fin de l'hiver 1890, Achille dut faire un petit voyage nécessaire pour ses affaires et revint chez lui au bout de quelques semaines. Quoiqu'il affirmât se porter bien et fît des efforts pour paraître gai, sa femme le trouva tout changé : il était sombre, préoccupé, il embrassait à peine sa femme et son enfant et parlait fort peu. Au bout de quelques jours cette taciturnité augmenta et le pauvre homme murmura difficilement quelques paroles dans la journée. Mais son silence prenait un aspect tout spécial : il cessait d'être volontaire comme au début ; Achille ne se taisait plus parce qu'il ne voulait pas parler, mais parce qu'il ne pouvait plus parler. Il faisait des efforts infructueux pour articuler un son et ne pouvait plus y parvenir, il était devenu muet. Le médecin consulté hocha la tête et trouva le cas fort grave, il ausculta notre homme, examina les urines et conclut que c'était un affaiblissement général, une modification des humeurs, une dyscrasie, un diabète peut-être, etc., etc. Ces craintes bouleversèrent Achille qui se hâta de recouvrer la parole pour se plaindre de toutes sortes de douleurs. Il n'avait plus de forces, il souffrait partout, il ne pouvait plus manger et il était tourmenté d'une soif intense. Plus de doute, c'était le diabète annoncé par le médecin. Tous les soins,

tous les médicaments furent employés. Comme on ne voyait aucune amélioration au bout d'un grand mois, Achille alla consulter un autre docteur. Cet éminent praticien se moqua beaucoup du diagnostic de son collègue, il insista sur les battements de cœur, les étouffements du malade : il lui demanda s'il n'avait pas des douleurs très vives dans le bras gauche avec souffrances aiguës dans les derniers doigts de la main. Achille hésita un instant, puis se souvint parfaitement de les avoir éprouvées. Plus d'hésitation, il s'agissait d'une angine de poitrine, d'une hypertrophie cardiaque et les plus grandes précautions étaient nécessaires. Le diagnostic se confirma encore par toute une série de symptômes que le docteur avait annoncés et qu'Achille éprouva les jours suivants.

Le pauvre homme se mit au lit et se sentit envahi par la plus noire tristesse. Il ne s'occupait plus et d'ailleurs il ne comprenait plus rien à ce qu'il lisait, souvent même semblait ne plus comprendre les paroles qu'on lui adressait. A toutes les questions de sa femme au désespoir il répondait qu'il ne savait pas ce qui le désolait ainsi, qu'il avait encore confiance, mais que malgré lui il éprouvait les plus sombres pressentiments. Il dormait de temps en temps, mais malgré son sommeil ses lèvres remuaient et murmuraient des paroles incompréhensibles, ses yeux étaient baignés de larmes. Enfin ses pressentiments parurent se réaliser. Un jour qu'il était plus triste que de coutume, il appela sa femme et son enfant, les embrassa désespérément puis s'étendit dans son lit et ne bougea plus. Il resta ainsi immobile deux jours pendant que ceux qui le veillaient attendaient à chaque moment son dernier soupir.

Tout d'un coup, un matin après deux jours de mort apparente, Achille se redressa, se mit sur son séant, les yeux grands ouverts et éclata d'un rire effrayant. Ce fut un rire convulsif qui le secouait dans tous ses membres, un rire exagéré qui lui tordait la bouche, un rire lugubre qui se prolongea plus de deux heures, vraiment satanique.

A partir de ce moment tout fut changé, Achille sauta hors de son lit et refusa tous les soins. A toutes les questions il répondait : « Ne faites rien, c'est inutile, buvons du champagne, c'est la fin du monde ». Puis il poussait des cris horribles, « on me brûle, on me coupe par morceaux ». Ces cris et ces mouvements désordonnés durèrent jusqu'au soir, puis le pauvre homme s'endormit d'un sommeil agité.

Le réveil ne fut pas meilleur, Achille raconta à sa famille assemblée mille choses épouvantables. « Le démon, disait-il, était dans la chambre, entouré d'un tas de petits diables, cornus et grimaçants ; bien plus, le démon était en lui-même et le forçait à prononcer d'horribles blasphèmes. » En réalité la bouche d'Achille, car il affirmait n'y être pour rien, injuriait Dieu et les saints et répétait à tort et à travers les insultes les plus ordurières contre la religion. Ce qui est plus grave encore et plus cruel, le démon lui contorsionnait les jambes et les bras et lui faisait éprouver de cruelles souffrances qui arrachaient des cris horribles au malheureux. On crut à une fièvre chaude, à un délire passager ; mais l'état se prolongea. Achille avait rarement des instants plus calmes dans lesquels il embrassait sa fille en pleurant et en déplorant son triste destin qui avait fait de lui la proie des démons. Jamais il n'exprimait le moindre doute sur sa possession par le diable dont il était absolument convaincu. « Je n'ai pas cru assez à notre sainte religion, ni au diable, disait-il, il s'en est bien vengé, il me tient, il est en moi et n'en sortira jamais. »

Quand on ne le surveillait pas, Achille s'échappait de la maison, courait au travers des champs, se cachait dans les bois où on le retrouvait le lendemain tout épouvanté. Il cherchait surtout à pénétrer dans le cimetière, et à plusieurs reprises on le retrouva couché et endormi sur une tombe. Il semblait chercher la mort, car il avalait des poisons ; il but du laudanum, une partie d'un petit flacon de gouttes de Fowler, etc. ; il s'attacha même les pieds et, ainsi lié, se jeta dans une mare. Il parvint cependant à en sortir, et quand on le retrouva au bord, il dit tristement : « Vous voyez bien que je suis possédé du démon, puisque je ne puis pas mourir. J'ai fait l'épreuve que demande la religion, je me suis jeté à l'eau les pieds liés et j'ai surnagé. Ah ! le diable est bien en moi. » Il fallut l'enfermer dans sa chambre et le surveiller étroitement ; après trois mois de ce délire qui épouvantait sa pauvre famille, il fallut se décider un peu tard, et sur le conseil d'un médecin avisé, à le conduire à la Salpêtrière comme dans le lieu le plus propice aujourd'hui pour exorciser les possédés et pour chasser les démons.

Quand Charcot et mon ami, M. Dutil, qui était son chef de clinique, m'ont confié cet intéressant malade, j'ai constaté tout d'abord en lui tous les signes classiques de la possession telle qu'elle était décrite dans les épidémies du moyen âge. Eginhard

s'exprime ainsi au sujet d'une démoniaque : « C'était un spectacle bien extraordinaire pour nous autres qui étions là présents que de voir ce méchant esprit s'exprimer par la bouche de cette pauvre femme et d'entendre tantôt le son d'une voix mâle, tantôt le son d'une voix féminine, mais si distinctes l'une de l'autre que l'on ne pouvait croire que cette femme parlât seule et qu'on s'imaginait entendre deux personnes se disputer vivement et s'accabler réciproquement d'injures. Et en effet il y avait deux personnes, il y avait deux volontés différentes, d'un côté le démon qui voulait briser le corps dont il était en possession et de l'autre la femme qui désirait se voir délivrée de l'ennemi qui l'obsédait[1] ».

Ce pauvre homme, petit, les yeux hagards, d'un aspect lamentable, nous offrait le même spectacle ; il murmurait des blasphèmes d'une voix sourde et grave : « Maudit soit Dieu, disait-il, maudite la Trinité, maudite la Vierge... », puis d'une voix plus aiguë et les yeux en larmes : « Ce n'est pas ma faute si ma bouche dit ces horreurs, ce n'est pas moi... ce n'est pas moi... je serre les lèvres pour que les mots ne partent pas, n'éclatent pas tout haut, cela ne sert à rien, le diable dit alors ces mots au dedans de moi-même, je sens bien qu'il les dit et qu'il fait marcher ma langue malgré moi ». M^me^ de Belfield, l'héroïne du procès de Loudun, sentait aussi au dedans de son corps un être vivant qui lui parlait et lui affirmait que les mauvais anges avaient pris possession de sa personne[2]. « C'est le diable qui me pousse à faire toutes ces choses, disait encore Achille, je ne veux pas mourir et il me pousse malgré moi à me détruire... Tenez, en ce moment, il me parle... » et il reprend de sa voix basse : « Les prêtres sont des misérables... », puis de sa voix haute : « Mais non, je ne veux pas le croire », et le voici qui cause avec le diable et qui discute avec lui. Souvent il lui arrive ainsi de se disputer avec son démon, qui a la mauvaise habitude de le critiquer sans cesse. « Tu mens, lui dit le diable, — non, je ne mens pas, répond le pauvre homme[3] ». Lui aussi pourrait dire comme un possédé célèbre, le père Surin : « C'est comme si j'avais deux âmes dont l'une est dépossédée de son corps

1. D'après Maury, *Magie et Astrologie*, p. 327. — Cf. Mirville, *Les esprits*, III, 182.

2. *Mémoires de sœur Jeanne des anges*, publiés par Legué et Gilles de la Tourette, 1886, 69, 92. — Cf. Mirville, *Les esprits*, I, 120.

3. On trouve le même détail dans Griesinger, *Traité des maladies mentales*. Traduct. 1873, 287.

et de l'usage de ses organes et se tient à quatre en voyant faire celle qui s'y est introduite[1]. »

Les possédés ne se bornaient pas à sentir l'action du diable en eux-mêmes, ils voyaient le démon et l'entendaient. Il en était ainsi pour Achille, qui entendait parler et rire d'autres démons en dehors de son corps et qui voyait un diable devant lui. La tête de ce diable surtout était bien visible, noire, affreuse, avec des cornes et, ce qui est vraiment satanique, cette tête ne cachait pas complètement les objets, la tête du diable était transparente[2] !

Enfin, on sait qu'autrefois on recherchait avec soin des marques de sorcellerie ou des stigmates du diable qui, d'après les personnages les plus compétents, étaient « les preuves les plus asseurées de sorcellerie et de possession, comme immuables et qui ne sont subjectes au soupçon de fausseté[3]. » On piquait les malheureux avec des épingles et l'on constatait que sur certaines régions ils n'éprouvaient aucune douleur de cette piqûre. Cette insensibilité caractéristique se manifestait aussi d'une autre manière par les actes mêmes des possédées. « Les moinesses de Kintrop, dans l'épidémie de 1550, dans leur exaltation s'obstinaient à se frapper, se faisaient des ecchymoses, des morsures et cela sans donner aucun signe de douleur[4]. »

Ces signes et surtout le dernier existaient également chez le malheureux Achille. Son insensibilité, il est vrai, n'était pas continuelle ; mais quand il tordait ses bras en mouvements convulsifs, on pouvait les piquer et les pincer sans qu'il s'en aperçût. On a remarqué déjà dans les épidémies de possession et en particulier dans celle de Morzine, que l'anesthésie était surtout marquée dans les parties du corps en convulsions, « si l'agitation se borne aux bras, la piqûre est sentie aux jambes et non aux bras[5]. » D'ailleurs bien souvent Achille se frappait lui-même, il se déchirait la figure avec ses ongles et il n'éprouvait aucune douleur. Tous les signes de la possession se trouvaient réunis.

1. *Mémoires de sœur Jeanne des Anges*, 1886.

2. Dans les observations de démonomanie, ce caractère, c'est-à-dire la présence d'hallucinations multiples de tous les sens a été fréquemment observé. Cf. Dr Lapointe, Une famille entière de six personnes atteintes simultanément de démonomanie. *Annales médico-psychologiques*, 1886, II, 350.

3. Cf. Pitres, *Leçons sur l'hystérie*, I, 56.

4. Cf. Paul Richer, *La grande hystérie*, 1885, 807.

5. Cf. Paul Richer, *op. cit.*, 857.

Quand j'essayai de consoler le pauvre homme et de le calmer un peu, je fus fort mal accueilli : toutes mes tentatives furent vaines. J'essayai inutilement de prendre quelque autorité sur Achille, de le forcer à m'obéir ; j'essayai, comme dernière ressource, s'il n'était pas possible de l'endormir pour le dominer davantage pendant un état hypnotique ; tout fut inutile ; par aucun procédé je ne pus réussir ni à le suggestionner ni à l'hypnotiser ; il me répondit par des injures et des blasphèmes, et le diable parlant par sa bouche se railla de mon impuissance. Il en était de même autrefois : quand le docteur disait au démon de se taire, le démon répondait brutalement : « Tu me commandes de me taire, et moi je ne veux pas me taire[1]. »

Sur ma demande expresse, M. l'aumônier de la Salpêtrière voulut bien voir le malade, essaya lui aussi de le consoler, de lui apprendre à distinguer la véritable religion de ces superstitions diaboliques ; il ne put y parvenir et il me fit dire que le pauvre homme était fou et avait besoin plutôt des secours de la médecine que de ceux de la religion. Il fallut se remettre à l'œuvre.

J'observai alors que le malade accomplissait bien des mouvements sans s'en rendre compte et que, préoccupé de ses hallucinations et de son délire, il était énormément distrait. Il était facile de profiter de sa distraction pour déterminer dans ses membres des mouvements qu'il accomplissait à son insu. On connaît ces personnes distraites qui cherchent leur parapluie de tous côtés pendant qu'elles le tiennent à la main sans le savoir. Je pus glisser un crayon dans les doigts de sa main droite, et Achille le serra et le garda sans même s'en apercevoir. Je dirigeai doucement la main qui tenait le crayon et je lui fis écrire quelques traits, quelques lettres, et la main, entraînée par un mouvement dont le malade toujours préoccupé de son délire ne se rendait pas compte, continua à répéter ces lettres et même à signer le prénom d'Achille sans qu'il s'en aperçût. Ces mouvements ainsi accomplis à l'insu de la personne qui semble les produire peuvent, comme on sait, être désignés sous le nom de mouvements automatiques, et ils étaient des plus nombreux et des plus variés chez ce malade.

Ayant constaté ce point, je cherchai à déterminer ces mouve-

1. Possession de Mlle Ransaing en 1619 dans la ville de Remiremont, dans le *Traité sur les apparitions des esprits et sur les vampires ou les revenants de Hongrie et de Moravie*, par Dom Augustin Calmet, abbé de Sénones, 1751, I, 211.

ments par simple commandement. Au lieu de m'adresser directement au malade, qui, je le savais trop bien, m'aurait répondu par des injures, je le laissai délirer et déclamer tout à son aise ; mais me plaçant derrière lui, je commandai tout bas quelques mouvements. Ces mouvements ne s'exécutèrent point ; mais, à ma grande surprise, la main qui tenait le crayon se mit à écrire rapidement sur le papier placé devant elle et je lus cette petite phrase que le malade avait écrite à son insu, comme tout à l'heure il signait son nom sans le savoir. La main avait écrit : « Je ne veux pas ». Cela semblait une réponse à mon ordre, il fallait continuer. « Et pourquoi ne veux-tu pas ? » lui dis-je tout bas sur le même ton ; la main répondit immédiatement en écrivant : « Parce que je suis plus fort que vous. — Qui donc es-tu ? — Je suis le diable. — Ah ! très bien, très bien, nous allons pouvoir causer. » On peut voir, figure 66, une reproduction de cette écriture du diable.

non
Je ne veux pas
Je veux lui metre
des clous aux
yeux

Fig. 66.

Tout le monde n'a pas eu l'occasion de pouvoir causer avec un diable, il fallait en profiter. Pour forcer le diable à m'obéir, je le pris par le sentiment qui a toujours été le péché mignon des diables, par la vanité. « Je ne crois pas à ton pouvoir, lui dis-je, et je n'y croirai que si tu me donnes une preuve. — Laquelle ? » répondit le diable, en empruntant comme toujours pour me répondre la main d'Achille qui ne se doutait de rien. « Lève le bras

gauche de ce pauvre homme sans qu'il le sache. » Le bras gauche d'Achille se leva immédiatement.

Je me tournai alors vers Achille, je le secouai pour attirer son attention sur moi et je lui fis remarquer que son bras gauche était levé. Il en fut tout surpris et il éprouva quelque peine à le baisser. « Le démon me joue encore un tour, dit-il. » C'était juste, mais cette fois le démon avait fait cette mauvaise plaisanterie par mon ordre.

Par le même procédé je fis faire au diable une foule d'actions différentes, il obéissait toujours parfaitement. Il faisait danser Achille, lui faisait tirer la langue, embrasser un papier, etc. Je dis même au diable, toujours pendant une distraction d'Achille, de montrer des roses à sa victime et de lui piquer les doigts, et voici Achille qui s'exclame parce qu'il voit devant lui un beau bouquet de roses ou qui pousse des cris parce qu'on vient de lui piquer les doigts.

Eh bien ! tous les faits précédents sont identiques jusque dans leurs détails à ceux qui ont été observés par les anciens exorcistes. On peut le voir par cet ancien récit : « M. Midot, écolâtre de Toul, dit au démon : assieds-toi, le démon répondit : je ne veux pas m'asseoir. M. Midot lui dit de plus : assieds-toi par terre et obéis ; mais comme le démon voulait jeter de force la possédée par terre, il lui dit : fais-le doucement ; il le fit ; il ajouta : étends le pied droit ; il l'étendit ; il lui dit : cause-lui du froid aux genoux, la femme répondit qu'elle y sentait un grand froid [1]. » « Isaacharum, raconte un autre exorciste, s'écria : Maudite soit Marie et maudit soit le fruit qu'elle a porté. L'exorciste lui commanda à l'instant de faire satisfaction à la Vierge de ces horribles paroles en se vautrant sur la terre comme un serpent et en léchant le pavé de la chapelle en trois endroits... Mais il y eut encore refus d'obéir coup sur coup jusqu'à ce que l'on en vînt à continuer le chant des hymnes ; alors le diable commença à se tordre et en se vautrant et se roulant il conduisit son corps jusqu'au bout de la chapelle où il tira une grosse langue bien noire et lécha le pavé avec des trémoussements, des hurlements et des contorsions à faire horreur [2]. »

1. Dom Calmet, *op. cit.*, I, 212.

2. Régnard, *De la sorcellerie*, 1887, 51. Cf. *Mémoires de sœur Jeanne des anges*, 181.

La différence entre ces anciennes expériences sur les diables et les nôtres c'est que les exorcistes s'efforcent de parler dans un latin plus ou moins correct et tout à fait conventionnel ou même dans un grec de fantaisie que les religieuses de ce temps comprenaient ou devinaient assez bien. J'ai pu aussi faire au diable d'Achille quelques suggestions très simples en latin de cuisine, elles ne réussirent pas trop mal : « da mihi dextram manum, applica digitum tuum super nasum », mais, après quelques tentatives, il fut évident que le diable et moi nous préférions causer en français. Il y a donc sur ce point une modification dans la possession qui tient au changement des milieux et des époques. Les autres caractères, les commandements faits au diable, la résistance du démon, son obéissance finale, les mouvements qu'il fait exécuter au corps du possédé contre la volonté de celui-ci et même à son insu, les sensations mêmes et les hallucinations que le diable, sur l'ordre de l'exorciste, fait éprouver au patient, tous ces faits essentiels sont restés exactement les mêmes.

Grâce aux procédés précédents, j'ai pu aller plus loin encore et faire ce que les exorcistes ne songeaient pas à exécuter. Je demandai au démon comme dernière preuve de sa puissance, qu'il voulût bien endormir Achille dans un fauteuil et l'endormir complètement sans qu'il pût résister. J'avais déjà essayé mais en vain d'hypnotiser ce malade en m'adressant directement à lui, tout avait été inutile ; mais cette fois, en profitant de sa distraction et en m'adressant au diable, je réussis très facilement. Achille essaya en vain de lutter contre le sommeil qui l'envahissait, il tomba lourdement en arrière et s'endormit complètement.

Le diable ne savait pas dans quel traquenard je l'avais attiré. Le pauvre Achille qu'il avait endormi pour moi était maintenant en mon pouvoir. Tout doucement je l'amenai à me répondre sans se réveiller, à me raconter ses souffrances et j'appris ainsi toute une série d'événements que tout le monde ignorait, dont Achille lui-même quand il était éveillé ne se rendait aucunement compte et qui jetait un jour tout nouveau sur sa maladie

Mais avant d'étudier ces faits nouveaux et le rôle qu'ils ont joué dans la guérison du malade, il est nécessaire de rappeler certains faits aujourd'hui bien connus, certaines théories de psychologie pathologique qui vont nous permettre de mieux comprendre le récit du malheureux possédé.

## 2. — Les rêveries subconscientes.

Un caractère domine évidemment dans tous les phénomènes étranges qu'a présentés notre malade ainsi que dans ceux qui restent à étudier, c'est l'automatisme mental. Pour les comprendre il est donc nécessaire de rappeler brièvement les études qui ont été faites sur cet automatisme en insistant sur certaines formes compliquées qui dans le cas présent jouent le plus grand rôle.

Il est certainement très difficile de déterminer la nature intime de la volonté humaine, mais on peut en tenant compte précisément des observations fournies par la psychologie pathologique montrer assez nettement quelques-uns des caractères apparents des actes volontaires. L'acte volontaire est d'abord un acte nouveau, il est constitué par une combinaison d'idées et d'images en rapport avec une situation présente qui ne s'est pas encore présentée exactement de la même manière. La volonté, c'est l'adaptation continuelle de nos idées et de nos actes au milieu physique et moral dans lequel nous sommes plongés et qui change incessamment, et l'acte volontaire est constitué par cette synthèse nouvelle des phénomènes psychologiques nécessaire pour l'adaptation à des circonstances changeantes[1]. On peut encore observer dans ces actes un second caractère sur lequel les philosophes ont déjà beaucoup insisté. L'acte volontaire est un acte *personnel*, dans lequel notre *personnalité* avec l'ensemble des sensations, des souvenirs, des tendances, en un mot avec le *caractère* qui la constitue joue un rôle prépondérant. « La dernière raison du choix volontaire est donc dans le caractère, disait justement M. Ribot, c'est-à-dire dans ce qui constitue la marque propre de l'individu au sens psychologique et la différencie de tous les autres individus de son espèce[2]. »

Nous avons essayé de préciser ce caractère en montrant l'importance de la conscience personnelle dans les actes volontaires[3]. Ces actes non seulement dépendent de notre personnalité, qui

1. Pierre Janet, Étude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes. *Revue philosophique*, mars 1891, p. 268. Chapitre I de cet ouvrage.

2. Th Ribot, *Les maladies de la volonté*, 1883, 30-148 (Paris, F. Alcan).

3. *Les stigmates mentaux des hystériques*, 1893, 143.

par son caractère et ses tendances en a été le motif principal, mais ils sont rattachés actuellement à notre personne qui sait qu'elle les accomplit par la conscience personnelle. Ils seront encore reliés à notre personnalité par le souvenir, car nous les considérerons plus tard comme faisant partie de notre personne et ils lui seront encore rapportés par l'imagination, car nous nous attribuons dans l'avenir toutes les conséquences de ces actes. L'adaptation exacte aux circonstances nouvelles et la conscience personnelle forment deux caractères essentiels des actes volontaires.

On peut caractériser les phénomènes automatiques par les deux caractères exactement opposés. Ce sont des actes *anciens* déjà exécutés autrefois, qui à un certain moment ont été exactement en rapport avec l'ensemble des circonstances, mais qui aujourd'hui ne sont plus adaptés à la situation présente. Ils sont liés avec *un seul* événement présent qui en est comme le signal, mais ils ne sont pas en accord avec tous les autres, car ils se produisent sans que nous les ayons combinés ni adoptés. En outre de tels actes *ne sont pas* complètement *rattachés à notre personnalité*, souvent même ils se produisent en dehors d'elle. Quoiqu'ils ne soient peut-être pas complètement inconscients, car ils manifestent souvent une certaine sensibilité et une certaine intelligence, ils sont dépourvus de cette conscience personnelle grâce à laquelle nous nous rendons compte des phénomènes psychologiques, nous les rattachons à notre personne. En un mot les actes automatiques sont involontaires, non combinés pour la situation présente et plus ou moins subconscients.

On sait que des phénomènes présentant les caractères précédents sont très nombreux chez tous les hommes même les plus sains d'esprit. Les actes proprement volontaires sont rares et beaucoup de nos actions sont en partie sinon complètement automatiques. On a trop souvent décrit les mouvements involontaires, les bâillements, les démangeaisons, les mouvements rythmés par la musique pour que j'aie maintenant à insister sur ces faits. Beaucoup d'auteurs ont également attiré l'attention sur ces mouvements subconscients, plus ou moins en rapport avec nos pensées et qui permettent de les deviner malgré nous dans les expériences du pendule enregistreur et du « Willing game[1] ». On sait aussi

1. Ch. Richet, Les mouvements inconscients, dans *l'hommage à Chevreul*, 1886. — Pierre Janet, Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité. *Revue philosophique*, 1886, II, 577, et l'*Automatisme psychologique*, 1889, 367.

combien l'état de distraction qui est fréquent chez tous les hommes favorise la production de tels phénomènes, nous pouvons marcher dans les rues agitées d'une grande ville en rêvant à quelque problème ; nos jambes ont marché, ont évité les obstacles, nos yeux et nos oreilles ont pressenti les dangers et nous ont guidé sans que nous en ayons eu la moindre conscience. Qui n'a entendu parler de ces personnages qui lorsqu'ils versent de l'eau en versent indéfiniment jusqu'à inonder les convives ou continuent à mettre du sucre dans leur tasse jusqu'à la remplir ? Xavier de Maistre, dans son *Voyage autour de sa chambre,* a décrit d'une façon charmante ces sottises que « la bête » fait en nous pendant que « l'âme » ne la surveille pas suffisamment, et beaucoup de psychologues ont insisté aujourd'hui sur l'importance de l'étude de la distraction pour comprendre le mécanisme de notre esprit.

Aussi n'est-ce pas sur cet automatisme en quelque sorte élémentaire que je désire insister particulièrement. Il me semble que ces pensées qui se développent en nous, sans nous, ces actes à demi ébauchés, ces paroles intérieures qui se forment sans notre volonté et sans notre conscience peuvent se compliquer d'une façon considérable. Il ne s'agit pas d'un seul phénomène automatique isolé qui se produit comme un accident rare dans notre vie, comme un bâillement ou un geste volontaire. Il s'agit d'une longue chaîne de pensées et de paroles intérieures qui se développent en nous presque à notre insu, qui remplissent une partie considérable de notre vie et qui jouent un grand rôle dans toute notre conduite.

Pour faire comprendre ces phénomènes qui me paraissent importants quoique souvent trop méconnus, je rappellerai d'abord un exemple dans lequel ils se montrent d'une façon curieuse. Tous ceux qui ont observé des petits enfants ont remarqué un petit fait amusant. Quand plusieurs petits enfants couchent ensemble dans une même chambre, il arrive souvent qu'avant de s'endormir, ils se racontent des histoires. Ce sont de bien longues et bien jolies histoires avec des aventures, avec des « et puis... et alors... » à n'en plus finir. Le sommeil alourdit les petites têtes, l'orateur dort déjà qu'il raconte encore et il continue en rêve la belle histoire. Le lendemain, à la même heure, les enfants reprendront leur histoire à un chapitre plus avancé, ils ont de la peine à s'entendre au début, car ayant continué le récit dans leurs rêves ils n'en sont plus tous au même point. Et ainsi pendant des jours

et pendant des mois se continue la belle histoire qui tous les soirs charme l'esprit des tout petits et leur prépare de beaux rêves.

Je crois que nous sommes tous plus ou moins semblables à ces tout petits et que nous aimons à nous raconter sans cesse de belles histoires qui nous font oublier la plate réalité et nous donnent le courage de travailler à la transformer. Mais cette belle histoire nous ne la racontons pas seulement le soir avant de nous endormir, nous nous la racontons bien souvent dans la journée même. En marchant, en mangeant, en accomplissant un travail mécanique qui ne demande pas trop d'attention, des écritures, des dessins, de la couture surtout, nous nous parlons sans cesse et nous continuons le récit interminable.

Souvent même nous sommes ennuyés, quand les nécessités de la vie nous forcent à faire attention à quelque chose de réel, à écouter un interlocuteur, à lire une lettre, et nous nous hâtons de revenir à cette histoire qui se déroule en nous sans efforts, d'une manière si facile et si agréable.

Il y aurait je crois toute une étude psychologique des plus curieuses à faire sur cette rêverie intérieure et continuelle qui joue chez beaucoup d'hommes un rôle considérable. On pourrait étudier le contenu de ces rêveries; on y verrait quelquefois de curieux travaux psychologiques qui s'effectuent en nous à notre insu. C'est grâce à ce travail subconscient que nous trouvons tout résolus des problèmes que peu de temps auparavant nous ne comprenions pas. C'est ainsi bien souvent que nous préparons un livre ou une leçon qui un beau jour nous apparaissent tout faits sans que nous comprenions ce miracle. On pourrait aussi suivant la nature de cette rêverie humble ou ambitieuse, triste ou satisfaite découvrir bien des lois du caractère et bien des prédispositions cachées.

Mais il serait surtout intéressant d'étudier la forme ou plutôt les lois générales qui règlent le développement de cette rêverie. Le plus souvent, elle est monotone, elle reste pendant longtemps toujours la même, sans être modifiée par les circonstances extérieures. L'un rêve qu'il gagne des millions, l'autre qu'il dirige une armée et conquiert un pays barbare, celui-ci colonise une île déserte à la façon de Robinson, ou joue le plus beau rôle dans un roman d'amour. Mais chacun garde son histoire, toujours la même et se la récite incessamment. Si l'histoire se modifie c'est le plus

souvent avec une lenteur étonnante et j'ai noté des observations dans lesquelles des petits incidents nouveaux, qui auraient dû être tout de suite ajoutés au roman, ne survenaient en réalité dans la rèverie qu'au bout de plusieurs mois. Ces modifications d'ailleurs ne dépendent guère de notre caprice et se font lentement, suivant les lois d'une logique singulière qui préside à nos rêveries, comme elle préside aux délires des aliénés. On pourrait noter aussi que ces rêveries sont peu conscientes, nous savons vaguement que nous les avons en nous-mêmes, mais nous ne pouvons pas toujours les décrire exactement, car nous n'en conservons qu'un souvenir très confus. Souvent il nous arrive d'être surpris en écoutant notre histoire, comme si elle s'était développée et modifiée en nous à notre insu. Ce sont bien là les caractères des phénomènes automatiques : on peut donc considérer ces rêveries comme le développement considérable des petits faits de distraction qui ont été étudiés les premiers et on peut croire qu'elles sont à peu près soumises aux mêmes lois.

Ces phénomènes qui existent souvent même chez l'homme normal prennent une importance extraordinaire chez le malade. Dès que, pour une cause quelconque, accidentelle ou permanente, l'esprit s'affaiblit un peu, on voit ces rêveries automatiques grandir démesurément et prendre des caractères beaucoup plus nets. Elles deviennent tout à fait involontaires et l'homme est obligé de les subir sans pouvoir ni les arrêter ni les modifier; elles deviennent plus nettement subconscientes et laissent des souvenirs bien plus incomplets ou même ne s'accompagnent d'aucune conscience personnelle ni d'aucun souvenir.

Le cas le plus net de ces phénomènes automatiques, complètement séparés de la conscience du sujet a donné lieu à l'une des superstitions les plus curieuses de notre époque, la croyance au spiritisme. Sans doute, il y a dans les séances spirites bien des supercheries et bien des mystifications, cela est certain, mais, comme j'ai travaillé autrefois à le démontrer[1], certains faits sont incontestables, l'écriture du médium, cette ignorance où il prétend être de ce qu'il écrit, sa surprise ou sa colère en lisant ce que sa main a écrit à son insu, ce sont là des faits réels très intéressants pour le psychologue car ils ne sont que l'exagération des phénomènes normaux. Le médium est un individu qui rêve tout

1. *Automatisme psychologique*, 1889, 376.

éveillé, mais qui a complètement perdu la conscience personnelle de sa rêverie.

Quand il en est ainsi, une personne étrangère peut prendre la direction de cette rêverie, de ces phénomènes psychologiques complexes qui existent dans l'esprit du malade sans qu'il le sache. On peut, en se mettant dans des conditions particulières, en prenant des précautions pour que l'attention du sujet soit dirigée ailleurs, exprimer des paroles qui modifieront les rêves subconscients sans être entendues d'une façon consciente par le malade. Ces suggestions par distraction [1] vont déterminer les faits les plus étranges et enlever complètement au sujet la libre disposition de ses mouvements et de ses pensées, elle vont manifester d'une façon plus complète la désagrégation de l'esprit. Cette division de la pensée humaine sera plus ou moins grave, elle variera suivant la nature des phénomènes automatiques qui se sont développés ; elle sera plus profonde, suivant la remarque intéressante d'un aliéniste J. Cotard, quand les images du sens musculaire qui joue un si grand rôle dans la constitution de notre personnalité seront elles-mêmes grandement modifiées. Mais quels que soient ces degrés et ces variétés le fait qui domine dans tous les troubles de ce genre, c'est la division, le dédoublement de la personnalité.

Plusieurs personnes s'indignent contre cette notion de la désagrégation psychologique, elles y voient une atteinte à l'unité de notre personnalité, une division de notre âme. C'est là une interprétation singulière de nos études. Dans ces recherches, il ne s'agit aucunement de l'âme humaine, du principe métaphysique de notre être. Il s'agit uniquement des faits que présente réellement notre pensée et de la façon dont ils se groupent en apparence. Quelles que soient nos opinions sur la nature de l'esprit, nous ne pouvons nier que l'homme n'ait des rêves et que bien souvent il ne garde aucun souvenir de ces rêves. L'expression de la « désagrégation mentale » est simplement la description, le résumé de ces faits incontestables ; cette expression constate seulement que les pensées humaines, quelle qu'en soit l'origine profonde peuvent se séparer les unes des autres de manière à former des groupes plus ou moins cohérents et plus ou moins distincts.

Ce dédoublement de l'esprit devient dans certains cas patho-

1. Pierre Janet, Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme. *Revue philosophique*, mars 1888, p. 249.

logiques si réel, si manifeste qu'il est remarqué par le malade lui-même. Le médium est tout étonné de ces discours qu'il voit écrits par sa main ou même de ces paroles qu'il entend sa propre bouche prononcer malgré lui. Il ne peut faire autrement que de les attribuer à une personne étrangère qui emprunte sa main ou sa bouche pour s'exprimer. Le rêve lui-même, reflet des pensées du médium et des idées courantes, va confirmer ces suppositions naturelles et l'écriture automatique va être signée d'un nom illustre. Dans les cercles spirites ce sera l'Esprit de Socrate ou de Gutenberg, ou l'âme de quelque arrière grand-père qui prendra la paternité de ces messages. Dans l'antiquité sur le trépied sacré de Delphes c'était Apollon qui inspirait les paroles automatiques de la Pythie. Au moyen âge, ce sera le diable qui se déclarera l'auteur de ces rêveries involontaires.

Nous sommes tout naturellement revenus à l'interprétation du délire de possession. L'étude des phénomènes automatiques, du développement que les rêveries involontaires et subconscientes peuvent prendre dans l'esprit normal et à plus forte raison dans l'esprit malade, nous permet de comprendre les phénomènes en apparence singuliers que présentait notre malade, Achille. On peut maintenant revenir à ce pauvre homme, qui est resté paisiblement endormi sur son fauteuil. Il sera maintenant plus facile d'interpréter ses récits et de travailler à sa guérison.

### 3. — *Explication du délire et traitement.*

Malgré le sommeil dans lequel Achille est plongé en apparence, il entend nos questions et peut y répondre ; c'est un état somnambulique. Ce somnambulisme survenu pendant notre conversation avec le diable et à la suite d'une suggestion donnée à ce dernier n'a rien de bien surprenant. Dans le cours de sa maladie Achille a déjà présenté à plusieurs reprises des états analogues ; la nuit et même le jour il lui arrivait d'entrer dans des états étranges pendant lesquels il semblait en délire et il se réveillait ensuite sans garder le moindre souvenir de ce qu'il avait fait pendant ces périodes. Le somnambulisme que nous observons est une forme du dédoublement de la personnalité qui s'est déjà présentée chez lui plusieurs fois et qui vient simplement de se reproduire. Quant au mécanisme de cette reproduction, il est aussi bien connu : le

dédoublement de la personnalité existait déjà, quand le malade présentait de l'écriture automatique, quand ses pensées subconscientes s'exprimaient, à son insu, sous le nom du diable; ce groupe de pensées subconscientes déjà existantes et déjà séparées de la personnalité normale, s'est complété, développé à la suite des suggestions, et le somnambulisme qui n'est que la forme complète de ces pensées subconscientes s'est constitué tout entier.

Cet état présente ici un grand intérêt pratique : on sait, en effet, quelle qu'en soit la raison, que pendant le somnambulisme le malade retrouve une mémoire sigulièrement plus étendue que pendant la veille. Il peut à ce moment, c'est un point sur lequel j'ai souvent insisté [1], retrouver le souvenir des délires qui ont déterminé et rempli ses attaques, des phénomènes subconscients qui ont provoqué une foule d'accidents et qu'il ignorait pendant la veille. Pour le faire comprendre je rappellerai seulement une petite observation assez curieuse. Un jeune homme de 25 ans que j'ai eu l'occasion de soigner il y a quelques années était atteint d'un tic de la face. Toutes les deux minutes il soufflait violemment par une narine en faisant force grimaces et ce tic durait depuis six ans sans que le pauvre garçon pût comprendre ce qui déterminait ce mouvement déplorable et sans qu'aucun traitement ait pu avoir la moindre influence. Ce malade, ainsi que j'ai été amené à le constater, présentait de l'écriture automatique et du somnambulisme. Dès qu'il fut dans cet état il s'expliqua très clairement : « Mais c'est bien simple, dit-il, j'ai une croûte dans le nez depuis un fort saignement de nez que j'ai eu il y a six ans, elle me gêne et je souffle pour la chasser ». Inutile de dire qu'il n'y avait pas de croûte dans le nez et qu'il s'agissait simplement d'une idée fixe de forme subconsciente comme cela arrive si souvent chez les hystériques. Il suffit de modifier cette idée fixe pour faire disparaître le tic comme par enchantement. Sans parler de ce traitement et de cette guérison, constatons seulement que le somnambulisme rendait au malade le souvenir d'idées fixes qu'il ignorait pendant la veille.

Il en était exactement de même chez Achille, qui, une fois endormi, put nous indiquer une foule de détails qu'il ignorait ou ne comprenait pas précédemment. Dans cet état de somnambulisme,

1. Les actes inconscients. *Revue philosophique*, 1886, I, 590. *Accidents mentaux des hystériques*, 1893, 58.

il nous raconta sa maladie d'une toute autre manière qu'il n'avait fait jusque-là. Ce qu'il nous raconta ainsi est bien simple et peut se résumer en un mot, depuis six mois il avait dans l'esprit une longue rêverie qui se déroulait plus ou moins à son insu le jour comme la nuit. A la façon des gens distraits dont je viens de parler, il se racontait à lui-même une histoire, une longue et lamentable histoire. Mais cette rêverie avait pris chez cet esprit faible des caractères tout spéciaux et avait eu de terribles conséquences. En un mot toute sa maladie n'avait été qu'un rêve.

Le début de la maladie avait été une faute grave qu'il avait commise au printemps pendant son petit voyage. Pendant un instant, il avait un peu trop oublié son ménage et sa femme : il ne faut pas trop lui en vouloir, Mesdames, car il fut cruellement puni.

Le souvenir de sa faute l'avait tourmenté à son retour et avait provoqué la tristesse, la distraction que j'ai déjà signalée. Il était surtout préoccupé par la pensée de cacher à sa femme sa mésaventure et cette pensée le poussait à surveiller ses moindres paroles. Il croyait au bout de quelques jours, avoir oublié son inquiétude mais elle persistait toujours en lui et c'est elle qui le gênait, quand il voulait parler. Il existe des esprits faibles qui ne peuvent rien faire à demi et qui tombent toujours dans de curieuses exagérations. J'ai connu une jeune femme qui, voulant aussi cacher une faute, se mit à dissimuler sa conduite et ses pensées. Mais au lieu de dissimuler sur un seul point elle se sentit entraînée à tout cacher, à tout altérer, elle se mit à mentir continuellement du matin jusqu'au soir, même à propos des choses les plus insignifiantes. Dans une sorte de crise, elle laissa échapper l'aveu de sa faute, obtint son pardon et cessa complètement de mentir. Chez Achille, c'est la même pensée d'une chose à cacher qui produit non plus le mensonge mais le mutisme complet. On voit déjà les premiers phénomènes de la maladie qui s'expliquent par la persistance du remords et par le rêve qu'il occasionne.

Déjà, les préoccupations, le rêve de jour et de nuit se compliquaient. Achille s'accablait de reproches et s'attendait à toutes les souffrances qui n'étaient que de légitimes punitions. Il rêvait à tous les désordres physiques, à toutes les maladies les plus effrayantes. Ce sont ces rêves de maladie, qui à demi ignorés, provoquaient la fatigue, la soif, l'essoufflement, les souffrances que les médecins et le malade avaient pris successivement pour du diabète et pour une affection cardiaque. Il faut d'ailleurs ajouter

que les interrogatoires des médecins, leurs descriptions des symptômes, leurs diagnostics avaient singulièrement précisé les souffrances d'Achille. Son esprit déjà malade, affaibli par une préoccupation permanente avait perdu son unité et sa puissance de synthèse, il laissait les idées semées en lui se développer isolément et les paroles des médecins avaient agi comme de véritables suggestions.

Le rêve continuait avec cette logique et cette lenteur singulière que nous avons remarquées dans les rêveries de ce genre. Continuellement au milieu de son travail, pendant qu'il mangeait, pendant qu'il semblait écouter ses amis, Achille rêvait toujours. Son histoire de maladie se répétait sans cesse, mais en avançant peu à peu vers le dénouement fatal. Qui n'a pas eu des rêves semblables et qui n'a pas pleuré sur son triste sort en voyant son propre enterrement. Ces rêves sont fréquents chez les hystériques que l'on entend souvent murmurer tout bas ces belles lamentations. « Voici des fleurs... des fleurs blanches, on va en faire des couronnes pour mettre sur mon petit cercueil..., etc. » Achille, malade et suggestible, allait plus loin, il réalisait malgré lui ses rêves, il les jouait. Aussi le voyons-nous dire adieu à sa femme et à son enfant et se coucher immobile. Cette léthargie plus ou moins complète qui avait duré deux jours n'était qu'un épisode, qu'un chapitre de ce grand rêve.

Quand on a rêvé qu'on est mort, que peut-on rêver encore? Quelle sera la fin de l'histoire qu'Achille se raconte à lui-même depuis six mois? La fin est bien simple, ce sera l'enfer. Pendant qu'il était immobile et comme mort, Achille que rien ne venait plus troubler rêvait mieux que jamais. Il rêva que, sa mort étant complète, le diable surgissait de l'abîme et venait le prendre. Le malade, qui pendant le somnambulisme nous raconte ses rêves, se souvient parfaitement de l'instant précis pendant lequel eut lieu ce lamentable événement. C'était vers 11 heures du matin, un chien aboya dans la cour à ce moment, sans doute il était incommodé par l'odeur de l'enfer; des flammes remplissaient la chambre, d'innombrables diablotins frappaient le misérable à coups de fouet ou se distrayaient à lui enfoncer des clous dans les yeux et par les déchirures de son corps Satan prenait possession de sa tête et de son cœur.

C'en était trop pour cette faible cervelle: la personnalité normale avec ses souvenirs, son organisation, son caractère qui avait

jusque-là subsisté tant bien que mal, à côté du rêve envahissant sombra complètement. Le rêve jusque-là subconscient, ne trouvant plus de résistance, grandit et envahit tout l'esprit. Il se développa assez pour former des hallucinations complètes et pour se manifester par des actes et des paroles. Achille a le rire des démons, il prononce des blasphèmes, il voit et entend les diables, il délire complètement.

Il est intéressant de voir comment se constitue ce délire et comment tous les symptômes qu'il présente peuvent s'expliquer comme la conséquence du rêve comme des manifestations de l'automatisme psychologique et de la division de la personnalité. Le délire n'est pas uniquement l'expression du rêve, ce qui constituerait un simple somnambulisme avec actions bien liées et sans désordre; le délire est formé par le mélange du rêve et de la pensée de la veille par l'action et la réaction de l'un sur l'autre. La bouche d'Achille profère des blasphèmes, c'est le fait qui tient au rêve lui-même; mais Achille les entend, s'en indigne, les attribue à un diable logé en lui, c'est le fait de la conscience normale et son interprétation. Le diable parle alors à Achille et l'accable de menaces, l'interprétation du malade a augmenté et précisé le rêve. Achille pour lutter contre le démon essaye lui-même les procédés que l'on employait, d'après ce qu'il croit, pour reconnaître les possédés; il se jette à l'eau les pieds liés, mais l'instinct vital le sauve et le ramène aux bords, voilà des faits qui dépendent de la veille. Le diable se met alors à ricaner et démontre à ce pauvre Achille qu'il est immortel et qu'il sera toujours la proie des démons, c'est maintenant la suite du rêve. Et ainsi indéfiniment, l'opposition des deux séries de pensées, leurs influences mutuelles amènent le désordre et le délire.

La psychologie pathologique peut même aujourd'hui expliquer les détails de ce délire. Ainsi les blasphèmes que prononce Achille à son insu ou malgré lui constituent un phénomène assez intéressant et bien connu. Le langage ne se compose pas seulement des images auditives des mots, des images visuelles, des lettres écrites, il comprend encore les images des mouvements d'articulation que nous faisons pour prononcer les mots. Ces images du sens musculaire, ces images kinesthésiques verbales peuvent se séparer de la personnalité et se développer malgré notre volonté. Au lieu d'éprouver des hallucinations auditives verbales comme le persécuté qui entend des voix, le malade sentira en lui-même

les images des mouvements de la parole comme s'il parlait réellement. Un degré de plus et ces images vont produire des mouvements réels et amener de véritables paroles que le malade sera tout étonné d'entendre sa bouche prononcer. Ce seront des paroles automatiques tout à fait identiques dans leur mécanisme à l'écriture automatique des médiums, ainsi que j'ai eu souvent l'occasion de le montrer. Les blasphèmes d'Achille dépendent de cet automatisme des images kinesthésiques verbales.

Faut-il rappeler les troubles de l'attention, et l'incapacité de comprendre ce qu'il lit, de comprendre même ce qu'on lui dit. La synthèse nouvelle nécessaire pour grouper les mots lus ou entendus pour les comprendre est-elle possible dans un esprit aussi désagrégé ? Ces lacunes de la perception sont des symptômes d'une grande banalité qui caractérisent ces décompositions de l'esprit. Quant à l'insensibilité du malade, à ces stigmates du diable, ils constituent un des phénomènes psychologiques que j'ai le plus étudiés et que j'ai, je crois, aidé à comprendre. Il ne suffit pas de dire qu'il s'agit là d'une anesthésie hystérique : un mot, une dénomination ne suffit pas pour expliquer un phénomène. Il faut remarquer que cette anesthésie est extrêmement variable, qu'elle est très forte quand le bras, occupé à écrire pour le compte du diable, échappe au malade et qu'elle disparaît quand Achille fait attention à son bras et en reprend la disposition. Il faut remarquer que cette anesthésie est en apparence contradictoire : pendant que la main droite tient le crayon, je la pince violemment. D'un côté Achille que j'interroge répond avec tranquillité qu'il n'a absolument rien senti, mais de l'autre la main écrit qu'elle a été pincée et désigne l'endroit. Cette expérience décisive qui démontre la persistance de la sensation au moins d'une manière subconsciente a été exposée et discutée pour la première fois dans mon travail sur l'anesthésie publié en 1887[1]. Des faits contradictoires de ce genre avaient déjà été signalés par Charcot, Regnard et Parinaud à propos des troubles de la vue chez les hystériques, mais j'ai pu généraliser ces remarques et proposer une interprétation générale de ces anesthésies par défaut d'assimilation des phénomènes élémentaires à la conscience person-

1. L'anesthésie et la dissociation des phénomènes psychologiques. *Revue philosophique*, mai 1887, p. 460. Cf. *Stigmates mentaux des hystériques*, p. 27.

nelle quel que soit le phénomène, fatigue, épuisement cérébral, émotion qui dissocie l'esprit. On peut dire dans le cas présent que la sensibilité d'Achille est loin d'être perdue; toutes les sensations existent affaiblies peut-être, et transformées par le fait de leur isolement, mais, par suite d'un épuisement cérébral déterminé ici par une émotion persistante qui amène un défaut de synthèse dans la perception personnelle, une partie des phénomènes est rattachée à la personne d'Achille et d'autres sensations sont rattachées à ce groupe de pensées qui constitue le diable. L'anesthésie est une des plus curieuses conséquences de ces rêveries émotionnantes et fatigantes et de ces divisions de l'esprit qui portent sur les sensations comme sur les mouvements.

Nous voyons donc toujours de l'ordre et des lois dans ce délire en apparence désordonné et tous les phénomènes qui le constituaient sont le point de départ de recherches intéressantes et peuvent déjà être en grande partie expliqués grâce aux études de psychologie pathologique.

Cette connaissance plus complète de la maladie peut-elle nous guider dans le traitement et la psychologie pathologique nous permet-elle de pratiquer l'exorcisme d'une manière un peu plus rationnelle ?

Nous n'insisterons pas sur les traitements physiques, la plupart des traitements auxquels on a habituellement recours dans les désordres de la pensée avaient déjà été essayés sans grand succès. Nous ne connaissons pas encore l'Ellébore qu'il suffit d'avaler pour changer nos rêves, supprimer nos émotions, reconstituer notre personnalité. Ce sont là des choses délicates qui le plus souvent ont besoin d'un traitement moral. Une consolation, un bon conseil, un ordre ou même une menace, une punition sont plus efficaces dans bien des cas que toutes les drogues du monde. C'est ce que soutenait déjà un aliéniste très psychologue, Leuret, quand il voulait que l'on usât surtout de procédés moraux dans le traitement des aliénés. Mais Leuret réussissait rarement et aujourd'hui encore le traitement moral est bien souvent presque impraticable ou sans effet. C'est que ce traitement reste encore beaucoup trop vague, sans prescription précise appropriée à telle ou telle circonstance et qu'il dépend encore entièrement de l'autorité, du tact, de l'initiative irraisonnée et plus ou moins heureuse du médecin. Le traitement moral n'existera qu'au moment où sera

fondée une science morale qui donnera la raison de l'emploi de tel ou tel procédé, qui expliquera ses succès et ses insuccès.

La psychologie pathologique encore dans l'enfance ne nous donne que des indications fort vagues. Elle nous apprend, par exemple, que la lésion principale est dans ce cas la permanence d'un rêve émotionnant qui existe à part de la conscience personnelle du malade. Nous savons qu'il ne suffit pas de s'adresser à la personne du malade, de parler à Achille lui-même, car le mal est en dehors de lui. Il est à peu près inutile de discuter avec lui, de l'exhorter, de le menacer. Les blasphèmes, les paroles et les actes du diable se développent malgré lui, en dehors de lui, et même à son insu. Il faut savoir atteindre la lésion dans ces couches plus profondes de la conscience où elle siège. Cela est souvent fort difficile, soit que nous ne nous rendions pas bien compte des divisions qui se sont faites dans la conscience, soit que nous ne sachions pas atteindre le groupe de phénomènes psychologiques particulièrement altérés. Dans le cas présent l'écriture automatique et le somnambulisme nous fournissent des procédés faciles pour atteindre l'idée fixe en elle-même. C'est dans l'état de distraction en nous adressant au diable ou pendant l'état de somnambulisme qu'il faudra essayer d'agir.

Une autre remarque importante, c'est qu'il faut atteindre l'idée ou l'image fondamentale, celle qui est le point de départ du délire. Cela n'est pas toujours facile à reconnaître, car bien souvent le médecin ne se trouve en face que des idées fixes secondaires qui dérivent de la première par une série d'associations plus ou moins compliquées[1]. Prenons, par exemple, cet individu qui avait le tic de souffler par une narine ; c'est en vain qu'on lui aurait suggéré de ne pas souffler, il aurait toujours recommencé. C'est à sa croûte dans le nez qu'il faut s'adresser, ou mieux au souvenir persistant d'un certain saignement de nez qui avait eu lieu dans des conditions particulières et qui l'avait beaucoup affecté. Ce souvenir effacé, le tic disparaissait tout naturellement.

Si nous voulons exorciser notre malheureux Achille, il est tout à fait inutile de lui parler de l'enfer, des démons, de la mort. Quoiqu'il en parle sans cesse, ce sont choses secondaires et psychologiquement accessoires. Quoique le malade semble un possédé, son mal n'est pas la possession, c'est l'émotion du remords. Il

1. Pierre Janet, Histoire d'une idée fixe. *Revue philosophique*, février 1894, p. 134, et chapitre IV de cet ouvrage.

en était de même pour bien des possédés, le diable n'était guère pour eux que l'incarnation de leurs regrets, de leurs remords, de leurs terreurs ou de leurs vices. C'est le remords d'Achille, c'est le souvenir même de sa faute qu'il faut lui faire oublier.

Cette opération est loin d'être facile, il est plus difficile qu'on ne le croit généralement d'oublier quelque chose. Savoir oublier est souvent une qualité aussi bien que savoir apprendre, car l'oubli est la condition de la marche en avant, du progrès, de la vie même ;

> Oublions et marchons ; l'homme sur cette terre,
> S'il n'oubliait jamais pourrait-il espérer[1] ?

Une des découvertes les plus précieuses de la psychologie pathologique serait celle qui nous donnerait le moyen sûr de provoquer l'oubli d'un phénomène psychologique déterminé.

Dans mon dernier travail sur « l'histoire d'une idée fixe » j'ai montré comment on pouvait parvenir approximativement à ce résultat par le procédé de la « dissociation des idées » et par celui de la « substitution ». Une idée, un souvenir peut être considéré comme un système d'images que l'on peut détruire, en séparant ses éléments, en les altérant isolément, en substituant dans le composé telle ou telle image partielle à celles qui existaient. Je ne puis ici revenir sur l'étude de ces procédés, je rappelle seulement qu'ils furent de nouveau appliqués à l'idée fixe de cet intéressant malade. Le souvenir de sa faute fut transformé de toutes manières grâce à des hallucinations suggérées. Enfin la femme même d'Achille évoquée par hallucination au moment convenable, vint accorder un pardon complet à cet époux plus infortuné que coupable.

Ces modifications n'avaient lieu que pendant le somnambulisme, mais elles avaient un contre-coup bien remarquable sur la conscience du personnage après le réveil. Il se sentait soulagé, délivré de cette puissance intérieure qui lui enlevait la libre disposition de ses sensations et de ses idées. Il devenait sensible sur tout son corps, il retrouvait tous ses souvenirs, bien plus il commençait à juger son délire. Au bout de peu de jours il avait fait assez de progrès pour rire de son diable et il expliquait lui-même

1. Guyau, *Vers d'un philosophe*. Paris, F. Alcan.

sa folie en disant qu'il avait lu trop de romans. A ce moment il faut remarquer un fait curieux : le délire existait encore pendant la nuit. Achille endormi gémissait et rêvait à des tortures infernales : les diables le faisaient monter à une échelle qui s'allongeait indéfiniment et au bout de laquelle se trouvait un verre d'eau ou bien ils s'amusaient encore à lui enfoncer des clous dans les yeux. Le délire existait aussi dans l'écriture subconsciente et le diable se vantait ainsi de reprendre bientôt sa victime. Ces procédés nous montrent donc encore les dernières traces du délire qui pourrait persister à notre insu. Il est bon d'en tenir compte, car un malade abandonné à ce moment ne tarderait pas à retomber dans les mêmes divagations.

Grâce à des procédés analogues, les derniers rêves furent transformés et bientôt ils disparurent complètement. J'ai constaté à ce moment un fait sur lequel j'ai déjà souvent attiré l'attention, c'est que les somnambulismes et l'écriture automatique diminuèrent aussi en même temps. Le malade n'eut plus un oubli aussi complet après les somnambulismes, il n'était plus aussi anesthésique pendant les écritures subconscientes. En un mot, après la disparition de l'idée fixe, l'unité de l'esprit se reconstituait.

Achille fut bientôt complètement guéri, le diable avait été chassé par un exorcisme moderne, plus délicat et moins infaillible peut-être que l'ancien, mais non sans intérêt et sans utilité. Il est bon d'ajouter que le malade retourné dans son petit village m'a fréquemment envoyé de ses nouvelles et que depuis trois ans il conserve la santé physique et morale la plus parfaite.

Plusieurs auteurs, Moreau (de Tours)[1] en particulier, et plus récemment Chaslin, ont insisté sur le rôle du rêve dans l'évolution des délires. Notre observation, croyons-nous, est plus démonstrative encore. En effet, des procédés particuliers comme l'écriture automatique et le somnambulisme nous fournissent le souvenir exact et minutieux des rêves que nous avons pu à chaque moment de la maladie mettre en parallèle avec le symptôme pathologique correspondant. Il s'agit donc bien ici d'une maladie par suite d'un rêve, d'une maladie du rêve. Le traitement a pu confirmer le diagnostic et l'interprétation des phénomènes en apparence si bizarres présentés par le malade.

1. Moreau (de Tours), *Le haschisch*, p. 31, 123.

2. Chaslin, *Du rôle du rêve dans l'évolution du délire*, 1887.

Quelques théories de psychologie pathologique que j'avais essayé d'établir autrefois à propos des somnambules et des médiums ont pu être vérifiées par l'étude de ce délire tout différent, elles se sont montrées pratiques et utiles puisque c'est grâce à elles que j'ai pu transformer en quelques semaines l'esprit de cet aliéné. Ces résultats sont encore modestes mais ils nous permettent d'insister sur l'intérêt de semblables études. La psychologie objective ne tend pas à supprimer l'ancienne psychologie subjective qui reste indispensable au début des recherches sur la pensée humaine, elle n'a aucune ambition métaphysique ou religieuse et n'attaque aucune croyance respectable, mais dans son domaine restreint elle recueille des documents précieux pour l'étude de l'esprit humain et prépare pour l'avenir un art d'élever les esprits bien portants et de soulager les esprits malades.

---

# CHAPITRE XI

## SUR LA DIVINATION PAR LES MIROIRS ET LES HALLUCINATIONS SUBCONSCIENTES[1]

1. Historique. — 2. Description de l'expérience. — 3. Caractères de ces hallucinations. — 4. Interprétation des caractères principaux.

Mesdames, Messieurs,

La Société des amis de l'Université a bien voulu m'inviter à venir de nouveau vous adresser la parole : je la remercie de l'honneur et du plaisir qu'elle me fait ; je suis heureux de revoir votre belle ville, de vous entretenir d'études qui me sont chères et dont, comme votre affluence le montre, vous sentez toute l'importance.

Il y a deux ans, Messieurs, si vous vous en souvenez, je vous racontai les mésaventures d'un pauvre homme qui constituaient un cas curieux de possession au XIXe siècle[2] ; et, à ce propos, je vous faisais voir combien nous ignorons souvent nos propres pensées, combien d'idées, de sentiments peuvent germer, se développer en nous à notre insu, et combien ces pensées latentes au-dessous de la conscience peuvent jouer un rôle considérable pour notre bonheur ou notre malheur.

Je voudrais reprendre aujourd'hui ce même sujet à un autre point de vue, non plus sur un exemple particulier, mais d'une manière plus générale, et vous dire quelques mots d'une méthode

1. Conférence faite à l'Université de Lyon, devant la Société des Amis de l'Université, le 28 mars 1897, publiée d'après le compte rendu sténographique dans le *Bulletin de l'Université de Lyon*, juillet 1897.

2. Cette conférence forme le chapitre X de cet ouvrage.

qui peut s'appliquer à ce genre d'études dans bien des cas, qui vous permettra peut-être à vous-mêmes de jeter un coup d'œil sur une portion obscure de votre propre pensée, et, qui sait, d'y faire peut-être des découvertes intéressantes.

En même temps, cette étude nous révélera encore une fois la vérité de ce principe que les sciences psychologiques ont beaucoup profité de l'étude des anciennes superstitions. Il semble que dans le monde de la pensée comme dans celui de la matière, rien ne se perd. Une rêverie dont les sages se moquaient autrefois peut devenir le principe d'une science nouvelle à l'époque qui suivra. Faut-il répéter que l'astronomie est sortie de l'astrologie, la chimie de l'alchimie, que la psychologie doit beaucoup aux vieux magnétiseurs et aux spirites ? Tout cela est trop connu. Je préfère prendre une croyance, une superstition peut-être moins connue, vous indiquer un procédé de divination qu'on a bien oublié, et vous montrer dans ses pratiques quelque chose de juste qui peut servir encore aujourd'hui à diriger nos investigations.

Cette divination qui avait lieu dans l'antiquité et dans le moyen âge, vous pouvez encore la faire aujourd'hui, nous pouvons la pratiquer ensemble. Les appareils qu'elle demande ne sont pas bien compliqués, et ils sont à portée de tout le monde. On opère tout simplement avec un miroir quelconque, ou mieux avec une simple boule de cristal. Nous allons, si vous voulez, faire ensemble l'étude morale, psychologique, de cette boule de verre que je vous présente. Je voudrais vous montrer ce que l'on peut y voir, quand on sait bien y regarder.

## 1. — *Historique.*

Eh bien, Messieurs, nous ne sommes pas les premiers à regarder dans cette boule de verre. Depuis très longtemps les prêtres des différentes religions y ont regardé avant nous et y ont vu beaucoup de belles choses. Reportez-vous aux ouvrages sur les religions anciennes, sur les mages, sur les sorciers ; vous y verrez beaucoup de témoignages sur ce point : relisez le livre curieux de dom Calmet, par exemple, publié au XVI[e] siècle sur « Les Esprits et les Vampires de Moravie », celui de Salverte, sur « Les Sciences occultes », ou celui de Maury, sur « La Magie ». Tous ces ouvrages parlent de la divination par les boules de verre. Voici

quelques exemples : on nous raconte que dans l'Inde ancienne, les prêtres employaient un procédé assez curieux pour découvrir l'avenir afin de le prédire aux autres personnes. Il avait au moins le mérite de la simplicité : on prenait une feuille d'arbre luisante ; si on voulait bien faire, on ornait la feuille au centre d'une tache noire, faite avec de la suie, on l'attachait ensuite contre un mur, on la regardait fixement, et on y voyait tout ce que l'on désirait savoir.

Plus tard, en Égypte, on procéda d'une façon analogue : un voyageur anglais prétendait, il y a un demi-siècle à peine, avoir assisté à ces cérémonies. Le prêtre marquait sur la paume de sa main une tache noire, puis il montrait cette main à un jeune enfant, en lui disant de la regarder fixement. L'enfant contemplait longuement, et voyait apparaître une foule de signes et même des objets, des personnages, des paysages ; il les décrivait et on se servait de ses déclarations pour en tirer des pronostics. C'était, entre autres usages, un procédé très commode, paraît-il, pour arrêter les voleurs : l'enfant voyait leur portrait dans la main du prêtre et les dénonçait. C'était, vous le voyez, beaucoup plus simple qu'aujourd'hui. Le personnage dont je vous parle raconte avoir essayé lui-même et fait regarder sa main par des enfants qui y voyaient tout ce qu'il voulait. Il fit apparaître Nelson : l'enfant le décrivit admirablement et ne fit qu'une seule erreur ; il déclara que Nelson avait un bras coupé. « Lequel ? » lui demanda-t-on. « C'est le gauche, dit-il. » Or c'était le droit. Les témoins expliquèrent le fait en disant que l'amiral Nelson était vu comme dans un miroir. Tout était donc pour le mieux.

Si nous arrivons aux Grecs, ces recherches sont innombrables et décrites partout. Voici quelques noms de ces pratiques bizarres. Par exemple, les Grecs usaient dans leurs temples de l'*hydromancie*, ou divination par l'eau. On regardait l'eau d'une fontaine et les images apparaissaient. A côté nous trouvons la *lécanomancie*, dans laquelle on employait des vases pleins d'huile où on fixait ses regards. Ce procédé a quelque réputation : il servit autrefois à Ulysse pour interroger Tirésias. Il y avait également la *catoptromancie ;* elle se faisait avec des miroirs ; la *gastromancie* employait des carafes pleines d'eau, des boules de métal poli. Enfin la *cristallomancie* était le procédé classique et se pratiquait avec toutes sortes de verres. J'oublie chemin faisant l'*onycomancie* qui consistait à fixer l'ongle de la main que l'on regardait couvert d'un peu d'huile. On voyait apparaître au bout de quelque

temps le voleur que l'on cherchait, le personnage demandé, etc.

Ces pratiques passent dans la civilisation romaine, puis au moyen âge. Ceux qui se sont occupés d'études religieuses savent que les conciles ont souvent eu à lutter contre la superstition des *specularii*, qui prétendaient découvrir les trésors cachés au moyen de miroirs. François Ier, Catherine de Médicis avaient dans leurs appartements des miroirs constellés, c'est-à-dire ornés d'étoiles, et construits dans des circonstances particulières ; ils leur servaient à découvrir les secrets de la politique, les menées de leurs ennemis, les conspirations.

Naudé, Cornélius Agrippa, Bodin, Wier et tous ceux qui ont parlé de la magie, décrivent des miroirs de ce genre. Il y eut une sorte de petit cristal qui fit le tour de l'Europe entre les mains d'un Anglais nommé John Dee, de 1527 à 1608. Ce personnage portait partout un anneau orné de cette pierre magique, et faisait trouver aux gens qu'il rencontrait tout ce que ceux-ci voulaient savoir. Cette pierre avait la propriété particulière de parler, ce qui est encore plus beau. Les personnages qui y apparaissaient tenaient des discours et naturellement renseignaient fort bien les individus qui voulaient les interroger. Dom Calmet parle à plusieurs reprises de faits semblables. Saint-Simon, dans ses mémoires, ne raconte-t-il pas qu'un magicien avait prédit ainsi au duc d'Orléans la mort des princes ? A toute époque de l'histoire, cette croyance a donc existé, quoique dans les deux derniers siècles on semble s'en préoccuper un peu moins.

A notre époque, cette recherche s'est ranimée. Cela est surtout dû à une étude particulière à laquelle il faut rendre justice, celle d'une société de psychologues anglais qui ont voulu voir ce qu'il y avait de vrai et de faux dans beaucoup de croyances ou de superstitions populaires. On doit citer un travail de M. Hockley dans le recueil anglais, *The Zoist*, 1849, quelques recherches publiées dans le journal *The Light*, surtout en mars 1889, un intéressant volume allemand, *Visionem im Wasserglasse*, par A. Freiin von Vay. Mais il faut insister surtout sur les travaux curieux de Miss X..., publiés dans les *Proceedings of the Society for psychical Research* de 1889-1892, travaux auxquels nous empruntons plusieurs détails intéressants [1]. Vous voyez, Mesdames, que les dames se sont

1. Miss X., Recent experiments in Crystal-Vision. *Proceedings of the Society for psychical Research*, 1889, vol. V, p. 486.

occupées de la question; peut-être aurez-vous envie d'en faire autant. N'oublions pas les nombreux travaux de M. F. W. Myers « sur l'automatisme sensoriel et les hallucinations provoquées », dans le même recueil[1]. J'ai eu du reste l'occasion d'étudier moi-même bien souvent ces phénomènes, et j'ai même fait une communication à ce sujet au Congrès psychologique de Londres, il y a quatre ans[2].

Essayons de voir ce qu'il y a de vrai dans cette divination, à quoi elle correspond, et comment le fait qui lui a servi de point de départ peut être interprété.

## 2. — *Description de l'expérience.*

D'une façon générale, le fait est vrai. Vous n'avez qu'à essayer pour vous en convaincre. Pourtant, si chacun de nous se mêlait de faire l'expérience, nous n'arriverions pas tous à un résultat aussi brillant; mais enfin, il est probable que parmi vous certaines personnes auraient des visions : 10 sur 50, d'après les auteurs anglais. Ce chiffre me semble un peu exagéré, mais peu importe. Mettons-nous donc dans les conditions voulues pour observer, choisissons des personnes qui peuvent présenter ce phénomène, et voyons comment les choses se passent.

Vous prenez cette boule de verre et vous la disposez dans des conditions particulières : le plus commode, c'est de la placer dans un endroit qui ne soit ni complètement obscur, ni tout à fait lumineux ; il faut une certaine lumière légère qui vienne seulement caresser la boule. Voici le procédé classique : on se place en plein jour, on entoure le cristal d'écrans, de paravents ou d'étoffe noire, puis on installe le sujet commodément et on le prie de regarder fixement. Il n'aperçoit au début que des choses insignifiantes : tout d'abord, sa propre figure ; puis le reflet vague des choses environnantes, les couleurs de l'arc-en-ciel, un point lumineux, en un mot, les reflets que présente d'ordinaire une boule de verre. Au bout d'un certain temps, les choses changent, c'est-à-dire que la boule s'obscurcit de plus en plus ; il ne distingue plus rien ; le re-

1. F. W. Myers, The subliminal consciousness : sensory automatism and induced hallucinations. *Proceedings of the S. P. R.*, 1892, vol. VIII, p. 436.

2. *International congress of experimental psychology*, London, 1892, p. 164.

flet, les objets, tout s'efface ; tout devient sombre ; la boule semble se recouvrir d'une vapeur ; c'est le bon moment. Le nuage s'épaissit de plus en plus et au milieu de ce nuage il voit apparaître des dessins, des figures d'abord très simples, des étoiles, des lignes, par exemple, des barres noires sur fond blanc, mais aussi quelquefois des lignes plus précises et plus intéressantes, comme des lettres, des chiffres. Au bout de quelques instants encore, il aperçoit des figures colorées, des personnages, des animaux, des arbres, des fleurs. Il regarde avec émotion, il se complaît dans ce petit spectacle, d'autant plus qu'il y a des variantes. Chez quelques personnes, les images sont immobiles ; chez d'autres, elles remuent, disparaissent, réapparaissent, se saluent, parlent : il y a même des sujets qui entendent ces conversations, ce qui devient tout à fait intéressant !

Enfin, quelquefois le phénomène est encore plus précis et plus compliqué. Le plus souvent, quand vous avez constaté ces visions et que vous vous détournez un peu, tout s'efface, et quand vous regardez de nouveau, les visions n'y sont plus : il faut une nouvelle préparation pour les voir réapparaître. Chez d'autres personnes au contraire, les visions ne disparaissent plus : quand ces personnes regardent de nouveau le cristal après s'être détournées, le paysage, par exemple, est resté toujours le même. Certaines d'entre elles s'éloignent même de la boule pour aller chercher une loupe ; à leur retour elles retrouvent le même spectacle, le regardent avec la loupe et voient les images se développer et les détails apparaître de plus en plus nets. Quelquefois même, certaines personnes arrivent sans loupe au même résultat : elles voient les images se développer spontanement, envahir tout l'espace qui est devant elles. J'ai même vu une personne qui pouvait faire sortir ces images de la boule, les objectiver sur un papier et suivre sur ce papier avec un crayon le dessin de son hallucination. C'est très rare, mais cela existe. Quant à vous, Mesdames, vous avez chance d'arriver, avec de l'exercice, tout au moins au premier degré.

Voilà donc le fait : il est réel ; et nous pouvons dire que Grecs, Égyptiens et autres qui fixaient leurs regards sur une tache brillante ou sur un miroir voyaient réellement quelque chose : leurs devins ne mentaient pas absolument. Reste à savoir ce qu'ils y voyaient.

Il faut, à mon avis, considérer le fait à deux points de vue :

1° l'examiner en lui-même tel qu'il se présente, en d'autres termes, examiner le *contenu* des visions ; 2° considérer les conditions psychologiques dans lesquelles le phénomène se développe. Ce second point de vue est du reste plus difficile à étudier et plus curieux que le premier.

En effet, le fait, en lui-même, est en somme assez simple. Que voit-on ? Mais on voit des choses assez communes et banales. Ce sont, par exemple, nous l'avons observé souvent, des personnes, des figures de connaissance. Ce sont encore des arbres, des fleurs, des scènes de la vie de tous les jours. « Ce sont tout simplement des souvenirs, direz-vous, et rien autre chose. » Pour vous en convaincre, permettez-moi de choisir un exemple.

J'ai observé plusieurs personnes qui se livraient à cet exercice et, dans plusieurs cas, j'ai pris la précaution suivante. Je priais le sujet d'avoir la complaisance de ne pas être égoïste, de ne pas garder pour lui ce qu'il verrait, mais de parler tout haut et de raconter au fur et à mesure tout ce qui apparaîtrait. De mon côté, j'écrivais sous sa dictée, en notant même les réflexions plus ou moins bizarres que j'entendais. Voici les résultats de cette expérience faite sur deux personnes.

La première regarde et parle ainsi : « Tiens, la boule est très noire. Il y a des barres lumineuses qui se croisent. C'est une fenêtre. Il y a une tête d'homme qui regarde. Non, ce sont des personnes debout avec les cheveux dans le dos. Elles s'asseoient près d'un jet d'eau. Plus de jet d'eau. Un bonnet blanc. Un tas de feuilles. Une statue. Un arbre. Ça me fait mal aux yeux maintenant : je ne vois plus très bien. Tiens ! un drapeau tricolore, des soldats, des zouaves qui passent, avec des voitures d'ambulance, le général Saussier à cheval. Tiens, c'est tout noir maintenant ! On dirait un bois. C'est un peintre devant son modèle, etc., etc. »

La deuxième maintenant : « Oh ! je vois des fleurs... des montagnes, une belle rivière, on dirait un bateau ! Un beau jardin. Oh ! cette femme qui s'y promène, elle a l'air de pleurer. Un tourbillon d'enfants bleus et roses ! Du rouge, couleur de sang ; j'y plonge mes mains ; c'est l'abattoir !.. Un brouillard qui s'élève en l'air sur cette petite ville ; une femme marche dans la rue avec une petite fille, tiens, elle s'endort. Elle est morte ! Oh ! le beau caveau : il me semble que j'y descends ; il y fait froid. Le

lac de Genève. Un glacier ; des dames qui montent. Crac ! tout le monde tombe au fond... Ils sont bien heureux : ils sont morts... etc., etc. »

Analysons ceci en détail. Vous me direz : « Ce sont des rêveries qui s'expliquent assez bien par l'association des idées. Ce sont, dans le premier cas, par exemple, des barres qui amènent l'idée d'une fenêtre, puis de la tête d'un homme qui est à la fenêtre. Le drapeau tricolore est produit par les reflets lumineux de la boule ; après, tout naturellement ce sont des troupes qui passent : pour une petite Parisienne, c'est la revue du 14 juillet, puis l'ambulance, des chevaux, etc. »

La personne qui s'est prêtée à la seconde expérience est en proie à des idées mélancoliques : tous ses personnages meurent. Elle les voit entrer dans des caveaux, y descend avec eux ; elle les voit monter sur une montagne, puis tomber ; ils sont toujours morts. Ce ne sont donc que des souvenirs et des associations d'idées banales dont le sens est déterminé comme toujours par les sentiments prédominants. Beaucoup des exemples qui ont été décrits se rapportent bien à ce groupe. Des personnes disent que c'est très amusant : « Je ressemble à un enfant devant un guignol. Je regarde les personnes remuer ; cela m'amuse de voir ce qui va arriver. » Si vous êtes surpris de voir ces associations d'idées, ces romans, ces rêveries prendre une forme aussi précise et constituer en réalité de véritables hallucinations visuelles, je vous ferai remarquer que les choses ne se passent ainsi que chez un petit nombre de personnes très disposées à se représenter les choses de cette manière à penser par des images visuelles. On pourrait dire avec un psychologue américain, M. Newbold[1], que le miroir incomplètement éclairé joue le rôle d'un excitant visuel ; il présente un espace vide et invite l'imagination à le combler. Il n'y a rien là de particulièrement incompréhensible.

### 3. — *Caractères de ces hallucinations.*

Mais pourquoi donc pendant des siècles les peuples se sont-ils épris de ces choses, pourquoi des religions comme celles de l'Inde, de l'Égypte, de la Grèce, se sont-elles emparées de ces

1. M. Newbold, *Psychological Review*, 1895, p. 351.

phènomènes, les ont-elles montrés aux foules, s'en sont-elles servi pour prédire l'avenir, dominer les consciences.

Ce phénomène, en lui-même assez simple, est capable d'émotionner vivement les spectateurs et surtout les acteurs, parce qu'il se présente dans des conditions qui, elles, ne sont pas banales. Je voudrais vous en faire remarquer quelques-unes.

Ces conditions me paraissent celles-ci. Les spectacles qui apparaissent sont insignifiants pour un tiers, pour vous qui assistez impassible à la scène. Mais ces spectacles étonnent le sujet parce qu'il n'a pas le sentiment de les connaître, qu'ils lui paraissent inouïs, inattendus, qu'ils le frappent comme une révélation. Quand donc le langage d'une personne nous paraît-il constituer une révélation? Quand ce qu'on nous dit n'était pas connu par nous. Or précisément, le caractère de ces images, c'est qu'en apparence du moins, elles semblent inconnues aux sujets. Une jeune fille raconte qu'en regardant un miroir, elle était obsédée par une image toujours la même : c'était une maison avec de grands murs noirs, sombres, tristes, sur lesquels brillait une touffe merveilleuse de jasmin blanc. Pourquoi cette personne s'en étonne-t-elle? « C'est, dit-elle, parce que je n'ai jamais vu une maison pareille dans la ville où je suis depuis longtemps. » C'est inattendu et inconnu : voilà pourquoi le fait paraît surprenant et nous retrouvons ce caractère partout. Voici, en effet, un autre exemple: une personne mise en présence de la boule de verre y voit apparaître un numéro. C'est un numéro quelconque, qui apparaît subitement. Vous direz : « C'est insignifiant. » Je le veux bien. — « C'est un souvenir. » — Mais de quoi? « Ce numéro, je ne l'ai jamais vu, » dira cette personne. Pourquoi est-ce au 3244 que j'ai affaire, plutôt qu'à un autre ? Que signifient ces chiffres ? Quels sont les souvenirs qu'ils rappellent?

Les exemples apparaissent de plus en plus surprenants. Voici une observation que j'emprunte à un des articles de miss X... Une personne, un peu mystique, voit apparaître dans la boule de verre un article de journal. Elle trouve cela bizarre; mais elle cherche à lire, y parvient : c'est l'annonce de la mort d'une personne de ses amis. Elle raconte ce fait : les personnes présentes sont stupéfaites. « C'est absolument ridicule, c'est faux, » dit-on; mais quelques heures après, la nouvelle est confirmée officiellement et on est forcé d'admettre une prévision miraculeuse.

Donc le premier caractère de ces images est d'être — ou de

paraître — inconnues au sujet. Qu'entendre par là, *inconnues?* Ce sont des souvenirs d'origine ignorée ; si ce sont des raisonnements, ce qui doit arriver quelquefois, ce sont des raisonnements dont le sujet ne connaît pas les prémisses, et dont il ne voit que la conclusion, sans passer par le travail qui la précède. S'il s'agit d'associations, ce n'est également que la conclusion d'une longue association dont il ignore les premiers termes.

Le deuxième caractère de ces images est d'effrayer, d'étonner encore, parce qu'elles sont non seulement inconnues, mais *involontaires.* Comme vous le savez, Messieurs, nous nous mettons en tête que nous devons être libres toujours et partout, que la liberté, c'est notre état normal : nous sommes donc indignés quand nous constatons que nous ne le sommes pas suffisamment. Eh bien, ces hallucinations nous révoltent par leur caractère nécessaire. Les personnes qui regardent la boule de verre s'irritent et s'étonnent de ce que les images ne viennent pas quand elles les désirent, ou bien surgissent tout autres qu'elles ne les auraient désirées, c'est-à-dire de ce que, dans ces phénomènes, leur volonté ne joue aucun rôle. L'image est ce qu'elle est; il semble réellement que nous sommes dans un monde où nous devons les subir sans y rien changer. Ce caractère involontaire des images vient s'ajouter au caractère précédent pour leur donner un aspect merveilleux.

Nous terminerons par un troisième caractère. Quoiqu'ils soient inconnus, involontaires, ces phénomènes sont cependant très conscients. Ils remplissent la conscience sans que nous le voulions. Ce sont des faits moraux qui nous envahissent sans que nous sachions pourquoi. Cherchons donc à nous expliquer ces trois caractères.

## 4. — *Interprétation des caractères principaux.*

Le premier est le plus étonnant de tous. Les personnes d'entre vous qui ont vu dans ces miroirs me diront certainement : « Je ne savais rien de tout cela ». Eh bien, je suis obligé de vous dire que le plus souvent — 99 fois sur 100, pour vous laisser une illusion — votre déclaration est inexacte. Vous saviez très bien ce que vous voyez apparaître. Ce sont des souvenirs acquis, à des dates fixes, des connaissances enregistrées, des rêveries ou

des raisonnements déjà faits, et, dans certains cas, on peut démontrer qu'il en est ainsi.

Reprenons nos exemples. Vous vous rappelez cette personne qui avait vu une touffe de jasmin blanc sur un mur noir, auprès d'une grande maison ? Or, après une enquête minutieuse de la Société psychique de Londres, il fut démontré qu'il y avait en effet à Londres une maison qui avait tout à fait cet aspect, et que la personne en question l'avait vue. Elle avait passé à côté en pensant à autre chose, mais elle l'avait vue. Quant à l'histoire du numéro, il fut démontré que dans la journée la personne avait changé un billet de banque, et que ce numéro était celui du billet. Il est bien probable que ce numéro avait été vu, mais il n'avait pas laissé de souvenirs conscients parce que d'ordinaire on ne se préoccupe pas du numéro d'un billet de banque.

Arrivons enfin à cette révélation singulière de la mort d'un ami. Cette pauvre voyante dut perdre un peu de son orgueil, lorsqu'on trouva dans la maison un numéro d'un journal accroché devant la cheminée comme paravent. Or sur le côté visible s'étalait en toutes lettres l'article en question, avec les mêmes caractères, la même forme qu'il avait revêtue dans le cristal : voici donc une sensation qui a été enregistrée dans le souvenir, et qui réapparaît.

Ce sont là des coïncidences, direz-vous. Mais, dans certains cas, lorsqu'on a affaire à des malades, on arrive à des résultats encore plus précis. Voici quelques-unes de mes expériences personnelles : Un malade, un somnambule, se lève la nuit de son lit, fait toutes sortes de sottises, et en particulier écrit une lettre menaçante à une personne, etc. La lettre lui est prise ; on me donne ce document à l'insu du malade. D'ailleurs le malade à son réveil ne se rappelait plus rien. Ce ne fut que quelques jours plus tard que j'eus l'occasion de répéter sur lui l'expérience de la boule de verre. Comme il prétendait voir des lettres écrites : « Vous allez, lui dis-je, prendre une plume et du papier et copier ce que vous voyez dans le miroir. » Il copia mot à mot, en passant seulement des mots qu'il ne pouvait pas lire. Il avait l'air de copier des phrases sans les comprendre le moins du monde, et il le disait d'ailleurs. Or le résultat fut qu'il écrivit exactement, en paraissant copier, la lettre qu'il avait déjà écrite pendant l'accès de somnambulisme nocturne et que j'avais déjà en ma possession.

On peut faire bien d'autres expériences, et je n'insisterai pas.

Les hystériques, par exemple, ont souvent la peau en apparence insensible. Eh bien, dans bien des circonstances, j'ai reproduit cette expérience : On prend l'index du malade et on lui demande ce qu'on lui fait. Il répond qu'il n'en sait rien. Mais si on le met en présence de la boule, il voit la main qui pince son index et il sait alors ce qu'on lui fait. Si vous détournez ses regards et que vous déplaciez ses doigts, il ne le sent pas ; mais dans la boule, il verra la position que vous avez donnée à ses doigts.

Je n'insiste pas sur ces faits qui ne sont au fond qu'une variante de mes expériences publiées, en 1886 et 1887, dans la *Revue philosophique*, et qui ont pour but de mettre en évidence la persistance d'un certain degré inférieur, d'une certaine forme de la sensation malgré l'anesthésie hystérique.

Donc, par toutes sortes de procédés, on peut constater que ces phénomènes ne sont pas réellement du domaine de l'inconnu. Est-ce vrai pour tous les cas ? Messieurs, c'est à vous de faire des recherches : si vous voyez des choses merveilleuses, cherchez si c'est aussi merveilleux que vous le croyez, si c'est vraiment une découverte. Peut-être le miroir permet-il à quelques personnes de manifester une lucidité étonnante... Généralement, ce n'est pas la règle ; mais enfin, des faits de ce genre sont souvent décrits. Voici un cas. Une personne voit apparaître un petit tableau très délicat : trois narcisses blancs réunis par un ruban et placés sur un fond bleu. A cela, elle ne trouve pas d'explication. Quinze jours plus tard, à l'occasion d'une fête, elle reçoit d'une de ses amies intimes une peinture sur satin bleu figurant trois narcisses réunis par un ruban. Dans l'ouvrage où cet exemple est cité, on le représente comme une transmission de pensée merveilleuse : c'est possible ; quelquefois le sentiment fait des miracles. Mais peut-être s'agit-il tout simplement d'une petite indiscrétion aggravée et amplifiée par la boule de verre. En tout cas, le champ des recherches est ouvert...

Quant au caractère involontaire de ces phénomènes, sur ce point l'étonnement ne doit plus rester aussi grand. Vous savez que bien des phénomènes involontaires se passent dans notre conscience : il y a souvent de la mécanique mentale dans nos pensées. N'y a-t-il pas d'ailleurs un gros fait qui se produit chez tout le monde ? Ce sont les rêves, tout simplement, qui nous présentent une foule d'images se succédant sans que nous puissions diriger leur cours et quelquefois nous révélant des choses que

nous croyons ignorer (comme une maladie latente, une préoccupation quelconque, etc.). Un auteur anglais raconte certain rêve qui semble presque se rattacher aux phénomènes que nous étudions. Un individu dans une promenade a perdu un bouton de manchette auquel il tient beaucoup. Ceci l'afflige profondément ; on passe la journée à chercher son bouton de manchette, sans le trouver, et il se couche désespéré. Il a un rêve : il voit son bouton de manchette au coin d'un arbre, dans un endroit très précis ; il y va le lendemain matin et l'y retrouve en effet. A-t-il eu de la lucidité, ou une espèce de souvenir ?

M. Charles Richet m'a raconté ce fait curieux : une personne voulait se réveiller à une heure très matinale : on y parvient quelquefois assez facilement, comme vous en avez pu faire l'expérience. Dans le cas présent, la personne se mit à rêver à une horloge effrayante de grandeur qui marquait une certaine heure. Ce spectacle la réveilla, or c'était juste l'heure à laquelle elle voulait se lever et que sa montre marquait en réalité. Je ne vous fais remarquer pour le moment que ceci, c'est que pendant le sommeil, la préoccupation latente de se réveiller à une certaine heure prend la forme d'un rêve survenant automatiquement et envahissant l'esprit.

Enfin voici un autre fait qui se rapproche beaucoup des précédents : c'est l'écriture automatique du *médium* qui est également involontaire. Permettez-moi à ce sujet de vous rappeler le cas de possession dont je vous entretenais ici il y a deux ans. Ce personnage présentait, comme je vous l'ai dit, une écriture automatique très remarquable qui nous servit beaucoup pour comprendre et pour traiter sa maladie. Cette écriture était déterminée par un ensemble de pensées, de remords, de réflexions qui avaient lieu dans l'esprit du pauvre homme, mais dont il ne se rendait aucunement compte. Donc, le caractère mécanique, automatique de ces images ne nous surprend pas outre mesure, car il existe dans beaucoup de phénomènes pathologiques et même de phénomènes normaux qui ont lieu dans l'esprit humain.

Reste le dernier caractère, qui demanderait quelques études que nous ne pouvons pas faire ici d'une manière complète. Comment ces phénomènes oubliés presque inconscients en réalité se présentent-ils tout d'un coup à la conscience d'une façon si nette et si précise. En général, les choses ne se passent pas ainsi et les médiums, par exemple, ne savent pas ce que leur main écrit : si

on leur enlève le papier, ils l'ignoreront constamment. Ordinairement, des phénomènes de ce genre restent inconnus du sujet, ne sont pas conscients. Ici ces mêmes phénomènes inconnus de notre esprit et involontaires deviennent complètement conscients; il y a donc là une complication psychologique particulière.

Pour le comprendre, revenons à l'étude psychologique du médium. Dans le cas le plus simple, cet individu, qui est, ne l'oublions pas, un malade, a la peau de la main plus ou moins insensible, au moins au moment où se produit son écriture subconsciente ; il tient sa plume sans la sentir et sans se rendre compte des mouvements qu'exécute sa main, dans ce cas, il n'a aucune conscience de ce qu'il écrit. Dans le deuxième cas, le plus fréquent, le médium n'est plus réellement anesthésique, il pourrait sentir les mouvements de sa main, mais il pense à autre chose et par une sorte de distraction bien spéciale, il néglige de percevoir ces sensations ; aussi son état est-il momentanément analogue à celui du premier, il ignore cette écriture automatique qui se développe à son insu. Mais, dans un troisième cas, les choses ne sont plus aussi nettes, le médium peut accorder une certaine attention aux mouvements de sa main, les sentir sans les arrêter. Il vous dira par exemple, comme une personne que j'observe en ce moment: « Je sens que ma main écrit un M, qu'elle écrit un A, je ne sais pas quel mot elle peut écrire ni à quelle idée cela correspond, mais je sens le mouvement qui s'exécute. » Ce fait a son analogue dans la vie normale, et des sentiments qui se développent en nous sans que nous nous en rendions compte peuvent se manifester à notre conscience par certains mouvements, certaines images que nous percevons. Vous lisez, je suppose, un livre : vous ne vous rendez pas bien compte si cette lecture vous amuse ou non ; mais tout d'un coup, voilà votre bouche qui s'ouvre malgré vous et vous bâillez. Cette fois-ci, vous êtes renseigné, vous l'êtes même très bien. Les sentiments mal connus se révèlent par un fait qui vous prouve que vous vous ennuyez. Certains phénomènes inconnus de l'esprit aboutissent en fin de compte à certains faits qui, eux, sont palpables en un mot et deviennent conscients.

C'est là probablement ce qui se passe chez les personnes qui voient des images apparaître dans la boule de verre. Ce sont des personnes disposées au rêve, à la rêverie presque inconsciente ; la fixation prolongée de cette boule favorise cette disposition, elle

détermine une sorte d'hypnotisme incomplet, elle écarte les autres pensées en fixant l'esprit sur un objet peu intéressant en lui-même. Ceci fait, ces mêmes personnes ayant l'attention dirigée sur les images visuelles prennent conscience de ces images évoquées par leurs rêves ; elles saisissent leurs rêveries au passage et en sont elles-mêmes surprises.

Cette double opération n'est pas sans quelque difficulté : elle exige une certaine disposition à l'automatisme mental, à la rêverie subconsciente et en même temps un certain effort d'attention pour prendre momentanément conscience de ces rêves. C'est pourquoi je ne crois pas que cette expérience curieuse puisse être facilement reproduite par tout le monde. Malgré l'opinion des auteurs anglais, je crois qu'elle réussit plutôt chez des malades que chez des personnes d'un esprit bien sain. Je vous ai conseillé d'essayer vous-mêmes cette expérience, j'ajouterai tout bas : « N'en abusez pas, » car je ne suis pas bien convaincu que sa réussite parfaite soit favorable à votre bonne santé morale.

Telle est l'explication, ou plutôt telles sont les quelques réflexions que je voulais vous proposer à propos de la divination par les miroirs. Je n'en retiendrai qu'une seule notion générale et utile. C'est que tout ceci nous apprend que nous sommes plus riches que nous ne le pensons. Nous avons plus d'idées et de sensations que nous ne nous le figurons. Notre tête est pleine de belles pensées que nous ne pouvons connaître, cela doit nous consoler de toutes les pensées médiocres que nous constatons trop facilement.

Il ne faut pas être surpris de cet oubli, de cette ignorance de nos propres pensées, il est nécessaire qu'il en soit ainsi. Comment voulez-vous que notre propre conscience, notre pauvre attention puisse se fixer constamment sur les perceptions innombrables que nous enregistrons ? Il faut, comme on l'a dit, oublier pour apprendre. L'oubli est très souvent une vertu des individus et des peuples. « Il faut savoir oublier », disait Taine.

Limiter la vie de l'homme à cette pensée claire et distincte dont parle Descartes, c'est supprimer à mon avis les trois quarts de cette vie humaine, et laisser de côté ce qui en est le plus attrayant, les ombres et le clair-obscur. C'est un des mérites de la psychologie contemporaine d'avoir essayé de connaître ce côté mystérieux de la pensée. Poussés par un instinct merveilleux, les devins et les prêtres avaient soupçonné ces richesses et essayé

de les mettre en lumière. Il faut leur rendre justice, à ces anciens croyants du moyen âge, dont on s'est tant moqué. J'ai essayé par ce bref résumé de vous montrer l'intérêt de leur œuvre : il est bon de la reprendre aujourd'hui, non pas peut-être comme autrefois pour découvrir des trésors, pour connaître les secrets d'autrui, mais pour comprendre un peu mieux notre pauvre esprit et pour soulager ses misères [1].

1. J'ai reproduit ici ce bref résumé d'une conférence sur les hallucinations visuelles déterminées expérimentalement par la fixation prolongée d'un cristal parce qu'il s'agit dans ces recherches d'une méthode psychologique peu connue. Cette méthode peut servir et m'a déjà servi plusieurs fois pour découvrir des rêveries subconscientes qui jouent un rôle considérable dans certains délires. Pour ne citer qu'un exemple, Maria, une malade hystérique et en même temps dypsomane et impulsive, quelques jours après une sortie faite en dehors de l'hôpital, présente de graves impulsions au suicide qu'elle ne peut expliquer. Je la prie de fixer quelque temps la boule de verre, cette expérience était faite sur elle pour la première fois et la malade est épouvantée en voyant constamment les cadavres d'une femme et d'une petite fille couchées sur les dalles de la Morgue. C'était la reproduction de ce qu'elle avait eu la sottise d'aller voir à la Morgue pendant sa promenade. Sans discuter ici l'influence que cette image qui persistait à l'insu du sujet pouvait avoir sur l'impulsion, je remarque seulement que cette image est un des éléments, un des symptômes importants ou non qui fait partie de l'impulsion et que l'analyse clinique doit pouvoir le constater comme les autres. A ce point de vue l'étude de « la vision dans les cristaux » n'est pas inutile pour l'intelligence des idées fixes.

# CHAPITRE XII

## L'INFLUENCE SOMNAMBULIQUE ET LE BESOIN DE DIRECTION[1]

1. Le rapport magnétique. — 2. L'influence somnambulique et la passion somnambulique. — 3. Variétés de ces phénomènes. — 4. Influence de la suggestion. — 5. La pensée persistante de l'hypnotiseur. — 6. Influence de cette pensée. — 7. Le besoin de direction chez les douleurs. — 8. La maladie de l'isolement. — 9. Influence d'une affirmation étrangère.

La méthode expérimentale n'atteint guère en général que des phénomènes psychologiques très simples, et l'on considère souvent comme impossible de l'appliquer à l'étude des phénomènes moraux supérieurs, en particulier à l'étude des sentiments sociaux qui établissent des relations entre les hommes. Aussi me semble-t-il intéressant de faire remarquer que dans quelques cas particuliers on peut provoquer artificiellement certains sentiments sociaux qui sont loin d'être simples et étudier le mécanisme de leur production. Sans doute, il s'agit de sentiments anormaux, mais ils ne sont que l'exagération des sentiments normaux auxquels ils se rattachent par une foule d'intermédiaires. En un mot, je voudrais signaler les caractères curieux des sentiments qui se développent chez certaines personnes à la suite des pratiques répétées de l'hypnotisme et montrer autant que possible les caractères de l'influence exercée par l'hypnotiseur sur son sujet : ces phénomènes et leurs diverses variétés sont intéressants à connaître pour comprendre la dépendance qui existe naturellement entre les hommes.

### 1. — *Le rapport magnétique.*

Depuis longtemps les magnétiseurs ont signalé la relation toute

1. Cette étude a fait l'objet d'une communication au Congrès international de

spéciale qui semble exister entre le magnétiseur et son sujet pendant la période du somnambulisme. C'est ce que l'on appelait le *rapport magnétique* et on en trouverait d'intéressantes descriptions dans l'ouvrage de Bertrand (p. 245), dans le *manuel* de Dupotet (p. 158), *la Physiologie magnétique* de Charpignon (p. 144), *le Somnambulisme* de Noizet (p. 97), *le Traitement magnétique* de Despine (d'Aix), *la Suggestion mentale* d'Ochorowicz (p. 227). On se souvient des principaux phénomènes qui manifestent ce rapport: le sujet ne tolère que l'attouchement du magnétiseur, il souffre s'il est touché par un autre, il n'obéit qu'à celui qui l'a endormi et dans les cas extrêmes il ne sent, ne voit et n'entend que cette unique personne, toutes les autres étant pour lui comme si elles n'existaient pas. Dans un précédent travail[1] j'ai essayé d'étudier ce dernier phénomène sous le nom d'électivité ou d'esthésie systématisée et j'ai montré qu'il ne s'agissait pas d'une anesthésie véritable, d'une complète disparition des sensations ; ce n'est qu'un défaut de perception consciente causé à la fois par le rétrécissement du champ de la conscience pendant le somnambulisme et par l'attention exclusive que le sujet accorde à son hypnotiseur et à tout ce qui, à tort ou à raison, paraît dépendre de lui. C'est là le fait essentiel: les formes très variables sous lesquelles il se manifeste dépendent de suggestions plus ou moins involontaires de l'expérimentateur, des habitudes et des idées du sujet. Je suis heureux de voir que M. le Dr Moll, dans un travail récent[2], a soutenu des opinions analogues sur cette question délicate. Il semble donc que pendant le somnambulisme le sujet soit particulièrement préoccupé de son hypnotiseur et qu'il ait à son égard une préférence, une docilité, une attention, en un mot des sentiments particuliers qu'il n'a pas pour les autres personnes. Ces sentiments disparaissent-ils complètement au réveil, en ne laissant aucune trace, ou bien au contraire ne sont-ils pas une manifestation particulière d'un sentiment, d'un état plus général du sujet qui persiste même dans l'intervalle des somnambulismes ? Tel est le problème qu'il faut examiner pour pousser plus avant l'étude du « rapport magnétique ».

psychologie de Munich, le 7 août 1896 et a été publiée en partie dans la *Revue philosophique* de février 1897, p. 113.

1. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 283.

2. Dr A. Moll, Der Rapport in der Hypnose. *Untersuchungen über den thierischen Magnetismus*. Leipzig, 1892.

Sans doute si le sujet n'a été endormi qu'un très petit nombre de fois, à des intervalles éloignés, si d'ailleurs il n'est que peu malade et peu affaibli, il se réveillera de l'hypnose dans un état presque normal et ne conservera de son hypnotiseur aucune préoccupation particulière. Mais on sait que dans ce cas le « rapport magnétique » ne se manifestera guère davantage pendant le somnambulisme. Au contraire, si, pour un motif quelconque et le plus souvent pour le traitement d'une maladie, les séances de somnambulisme sont rapprochées, il est facile de remarquer que l'attitude du sujet vis-à-vis de l'hypnotiseur ne tarde pas à se modifier. Deux faits sont surtout apparents : le sujet, qui d'abord avait quelque crainte ou quelque répugnance pour le somnambulisme, recherche maintenant les séances avec un désir passionné ; en outre, surtout à un certain moment, il parle beaucoup de son hypnotiseur et s'en préoccupe d'une façon évidemment excessive.

Si de tels phénomènes se présentaient accidentellement chez une ou deux personnes on pourrait les juger insignifiants et les expliquer par quelque caprice individuel ; mais quand on les constate sur une centaine de malades, on éprouve quelque étonnement et on est disposé à leur accorder quelque importance. C'est ainsi que j'ai été amené à croire à une certaine persistance du « rapport magnétique » pendant l'état de veille et à entreprendre son étude.

## 2. — *L'influence somnambulique et la passion somnambulique.*

Pour préciser l'analyse de ces faits, il me semble nécessaire de distinguer plusieurs états dans lesquels entre successivement le sujet que l'on vient de réveiller, de diviser en plusieurs parties la période plus ou moins longue qui s'étend entre le réveil et le début d'un nouveau somnambulisme. Il s'agit bien entendu de séances de somnambulisme dirigées correctement, pendant lesquelles on a réellement rendu service au sujet en restaurant son attention et ses fonctions intellectuelles par des pratiques æsthésiogéniques, en le débarrassant de ses émotions persistantes, en un mot en le guérisant. L'état d'esprit est loin de rester le même pendant toute la période qui sépare deux somnambulismes de ce genre et, sans tenir compte de petites variations accidentelles, il y a trois états

psychologiques dont deux particulièrement importants qui se succèdent régulièrement dans cette période.

Immédiatement après le réveil, on note souvent un état particulier de trouble, une *période de fatigue* qui est surtout marquée chez les personnes dont on a combattu les idées fixes, dont on a modifié les paralysies, les amnésies, les anesthésies pendant le somnambulisme. Cet état n'est pas sans intérêt au point de vue médical, car, s'il est d'ordinaire assez court, il peut quelquefois, malgré toutes les précautions, se prolonger un ou même deux jours; mais il n'a pas grand intérêt pour notre étude actuelle Après cet état de transition commence la deuxième période beaucoup plus importante que je propose d'appeler *Période d'influence somnambulique:* ce nom pourra, je crois, se justifier par l'analyse de cet état.

Cette période, d'une durée très variable, de quelques heures à plusieurs semaines et même plusieurs mois, est surtout caractérisée par un état apparent de santé et de bien-être. C'est à ce moment que le sujet, si malade qu'il fût auparavant, semble se rapprocher le plus de l'état normal. Marguerite [1], une malade hystérique qui a régulièrement une ou deux attaques par jour, va rester huit jours et même quinze jours sans attaques après un somnambulisme provoqué; Lz..., qui avait tous les jours un somnambulisme spontané, ne s'endort plus pendant huit jours ; Gu..., qui a constamment le bras contracturé en flexion, va pendant deux jours en garder le libre mouvement; M..., qui vomissait tout ce qu'elle mangeait, va pouvoir s'alimenter, car pendant trois semaines elle ne vomira pas ; Vel... n'a plus son tic qui lui secoue le nez; F... tient sa tête droite et n'a plus le spasme qui la jetait de côté; L..., qui était muet, peut parler à haute voix; Wk..., atteinte d'incontinence nocturne continuelle, n'urine plus dans son lit pendant dix nuits ; Ky..., qui ne pouvait faire un pas, car ses jambes se dérobaient sous elle, marche maintenant d'une façon régulière, etc., etc. Ce sont surtout les idées fixes qui semblent avoir disparu comme par enchantement : Justine ne rêve plus au choléra, Du... a renoncé à tuer son mari, Rou... ne pense plus

1. Je conserve les désignations qui ont servi à caractériser les divers sujets dans mes études précédentes, en particulier dans mon travail sur « l'état mental des hystériques ».

constamment à se sauver, pour s'engager comme mousse, ce qui déterminait ses fugues perpétuelles.

En même temps que la disparition de ces phénomènes pathologiques, on observe dans cette période un développement remarquable des fonctions intellectuelles ; j'ai toujours insisté sur ce fait dont j'ai déjà rapporté bien des exemples : c'est qu'un grand nombre de malades hystériques, au réveil d'un somnambulisme bien conduit (je suppose toujours que l'on attend la fin de la période intermédiaire de fatigue), n'ont plus d'anesthésies et présentent un notable élargissement du champ visuel. La mémoire se développe également ; il est vrai que les sujets conservent l'amnésie du somnambulisme lui-même, mais ils retrouvent les souvenirs de la veille qu'ils oubliaient autrefois à peu près complètement. M^me D..., atteinte d'une amnésie continue si remarquable, oubliait constamment tous les faits au bout de quelques instants. Après le somnambulisme, pendant la période qui nous occupe, elle conserve le souvenir d'une journée entière. L'attention surtout se modifie d'une façon remarquable : les malades peuvent travailler, comprendre ce qu'ils lisent, écrire une lettre, faire des comptes, toutes choses dont ils étaient auparavant bien incapables. Quoique tous ces progrès soient surtout appréciables pour un observateur extérieur, les malades s'en rendent compte, ils se sentent plus intelligents et plus maîtres d'eux-mêmes, ils retrouvent leur état cœnesthésique antérieur : « Enfin, disent-ils, je me retrouve moi-même, je me reconnais tel que j'étais » ; ils ont plus de force et de courage et de toute manière se sentent plus heureux. On peut dire en abrégé, ce n'est bien entendu qu'un résumé et une traduction des faits dans un autre langage, que les fonctions cérébrales se sont réveillées de leur engourdissement.

Durant cette période de bonheur relatif le malade n'éprouve guère le besoin de revoir son médecin et ne songe aucunement à se faire hypnotiser de nouveau. Il pense beaucoup à son magnétiseur, comme on le verra, mais cette pensée est loin de le troubler et réveillées de déterminer un désir passionné.

Au bout d'un certain temps les choses se modifient profondément et l'on voit commencer la troisième période, que je propose d'appeler *période de la passion somnambulique*. On voit d'abord, soit lentement, soit tout d'un coup, à la suite de quelque petite émotion, recommencer la plupart des accidents hystériques qui

avaient disparu, les attaques, les tics, les contractures, etc.: les idées fixes sont de nouveau développées. Mais un fait surtout est bien manifeste chez un grand nombre des sujets : c'est le trouble intellectuel. Les stigmates hystériques sont de nouveau faciles à constater: les anesthésies de la peau, des organes des sens, des muqueuses se sont reproduites, les amnésies s'étendent de nouveau sur des périodes de temps plus ou moins longues et il existe chez beaucoup de ces personnes une obnubilation de l'esprit toute particulière. M..., qui a été calme pendant huit jours, devient irritable et colère, elle ne comprend plus ce qu'on lui dit et se demande sans cesse si on l'a insultée ou menacée; Marguerite a « la tête toute vide, sans pensées, il fait nuit dans sa cervelle... », elle est incapable de rien faire et même de parler, car elle pense à tout à la fois et à rien de déterminé, « il y a de nouveau un voile devant ses yeux qui l'empêche de voir les choses ». C'est surtout un ennui profond et incompréhensible qui les accable, dont ces personnes sont incapables de sortir et qui leur cause un véritable désespoir. On peut dire encore dans l'autre langage que les fonctions cérébrales se sont de nouveau engourdies, quoique nous ne sachions guère encore en quoi consiste cet engourdissement et que nous ne puissions guère le caractériser autrement que par ses manifestations pychologiques.

Mais à ce moment les malades savent parfaitement ce qui leur est nécessaire pour sortir de cette pénible situation. Ils se souviennent du bien-être que leur a causé le somnambulisme précédent et ils n'ont plus qu'une seule pensée, c'est d'être endormis de nouveau. Quelques malades voudraient être hypnotisés le plus tôt possible par n'importe qui, mais le plus souvent il n'en est pas ainsi, c'est *leur* hypnotiseur, celui qui les a déjà endormis fréquemment, qu'ils réclament avec une impatience croissante. C'est avec peine qu'ils attendent le moment du somnambulisme : Leq., depuis huit jours, est complètement insensible, elle n'a plus sa tête à elle, elle a des hallucinations de scènes anciennes qui se reproduisent, des mouvements incoordonnés, des aboiements, des contractures, elle ne parvient plus à dormir la nuit; elle pense tout le temps à son rendez-vous à la Salpêtrière et a peur de le manquer. Une autre, Berthe, ne peut tenir en place, a besoin de parler, d'entendre les autres lui parler, quoiqu'elle n'écoute pas et ne comprenne pas; elle devance l'heure, arrive à peine habillée. Wk... ne peut attendre le jour fixé et imagine toujours des prétextes nou-

veaux pour devancer le rendez-vous. Tous, en un mot, ont un besoin singulier de revoir celui qui les a endormis et de parler avec lui; et je ne puis mieux décrire ce besoin qu'en le comparant à une passion dont les symptômes sont bien connus, la morphinomanie. L'hystérique qui attend le somnambulisme ressemble par bien des points au morphinomane qui attend sa piqûre, quoique peut-être son angoisse ait un caractère plus moral et un peu moins physique.

Qu'arriverait-il si on ne cédait pas à leur désir, si on ne les endormait pas? Le plus souvent les malades, après quelques jours de souffrances pendant lesquels ils maudiraient leur hypnotiseur, arriveraient assez facilement à l'oublier et à renoncer au sommeil hypnotique. Léonie, que j'étudiais autrefois au Havre, était malade une quinzaine de jours quand elle quittait la ville du Havre, et cette maladie n'était autre chose que le besoin pressant du somnambulisme. Mais elle oubliait peu à peu ce besoin et se rétablissait. En un mot les malades, comme je l'ai souvent observé, retourneraient à l'état dans lequel ils se trouvaient avant le premier sommeil en conservant même quelquefois une petite partie de l'amélioration obtenue. Dans d'autres cas, cependant, il n'en est pas ainsi : ces malaises peuvent grandir et déterminer, comme on le verra, une véritable maladie. Mais dans tous les cas le remède est tout indiqué et d'ordinaire d'une application facile.

En effet, il suffit presque toujours de traiter ces malades de la même manière que précédemment pour faire disparaître les symptômes de ce mal, surtout quand il n'a pas pris de grands développements, ce qui est rare. Après un somnambulisme ces malades rentrent pour quelque temps dans la période heureuse de l'influence somnambulique et le cycle des phénomènes recommence.

## 3. — *Variétés de ces phénomènes.*

Ce tableau rapide ne présente les faits que d'une manière un peu abstraite : ces différentes phases peuvent présenter chez les différents sujets et suivant bien des conditions de très nombreuses modifications. Je voudrais en rappeler seulement quelques-unes dont on aura à se souvenir pour interpréter certains états mentaux qui surviennent spontanément et qui me paraissent analogues à ceux-ci.

Ces phénomènes diffèrent d'abord par l'époque de leur apparition : d'ordinaire ils ne se manifestent guère après les premières séances d'hypnotisme ; celles-ci, à supposer même qu'elles aient un résultat net, ne déterminent qu'un état somnambulique fort imparfait. La suggestibilité ne se manifeste que d'une manière incomplète, le sujet ne se montre guère disposé à abandonner ses idées fixes et on ne réussit que peu à modifier les anesthésies et les autres stigmates. Les transformations dont je viens de parler ne peuvent donc pas être encore bien nettes. D'une façon générale on les voit apparaître, au moins dans les cas que j'ai observés, au moment où s'accusent les caractères essentiels du somnambulisme. Ils apparaissent au moment où on observe les modifications de la sensibilité, la suggestion posthypnotique, les phénomènes subconscients, etc. Mais ce n'est pas là une règle absolue. Dans certains cas, ils n'apparaissent jamais, quoique le somnambulisme semble complet ; j'ai cru remarquer que dans ces cas fort rares les pratiques de l'hypnotisme n'avaient guère de valeur thérapeutique. L'apparition de l'influence et de la passion somnambulique, quels que soient les inconvénients qu'elles puissent présenter m'a semblé fort importante pour le traitement des malades ; c'est à ce moment que le médecin s'est emparé de leur esprit et commence à le modifier. Quand ces faits n'apparaissent en aucune manière, c'est que la modification mentale déterminée par l'hypnotisme est tout à fait momentanée et que le sujet reste au fond ce qu'il était.

Dans des cas tout à fait inverses et d'ailleurs aussi rares, l'influence somnambulique est immédiatement complète. Wkb., jeune femme de 25 ans, est atteinte d'une maladie à bien des points de vue fort curieuse. Fille d'une mère hystérique, ayant présenté des convulsions dans l'enfance, réglée très tard à 17 ans, ayant toujours appris très difficilement, elle est depuis longtemps prédisposée à l'hystérie. Celle-ci a pris chez Wkb. une forme au moins bizarre, qui consiste dans une haine insensée pour ses beaux-parents. Ceux-ci, il est vrai, ont beaucoup tourmenté la pauvre femme, et le beau-père même, vieil ivrogne, aurait profité d'un évanouissement de sa bru pour abuser d'elle. La haine de celle-ci est donc justifiée et n'est pathologique que par son exagération. Wkb. pense à eux constamment, les voit devant elle partout, et à chaque instant commence des attaques et des délires dans lesquels elle hurle et agonise ses ennemis. Cette haine n'a pas été diminuée par la mort de la belle-mère ; au contraire Wkb. dès

qu'elle peut s'échapper court au cimetière, entre en attaque, frappe à coups redoublés sur la tombe en l'agonisant d'injures. C'est pour arrêter ce scandale que l'on conduit la malade à la Salpêtrière.

Cette jeune femme est très légèrement anesthésique à droite ou plutôt un peu analgésique de ce côté, elle n'a pas d'amnésies bien nettes sauf celles qui portent sur les périodes de l'attaque et du délire. Elle est surtout obsédée par son émotion de haine et se montre très agitée. Cependant elle entre en état somnambulique parfaitement net dès que l'on essaye de provoquer cet état. C'est ce qui a lieu, comme je l'ai si souvent fait remarquer, chez les malades qui ont déjà présenté d'une manière nette des délires suivis d'amnésie, des phénomènes subconscients, en un mot le dédoublement de la personnalité. Dans cet état elle raconte et explique toute son histoire, révèle la tentative de viol du beau-père, accepte toutes les consolations et toutes les réprimandes. Au réveil elle est un peu étourdie, comme étonnée de ce qui vient de se passer, puis au bout de quelques moments elle est entièrement métamorphosée. La modification ne porte guère, en apparence, sur la sensibilité, qui était peu altérée, mais la malade est calme, tranquille, remplie de bonnes intentions; elle se met au travail, dort fort bien la nuit et semble guérie pendant deux jours. Une petite émotion, la lecture d'une lettre du mari, ramène tous les accidents. Wkb. de nouveau délirante veut se sauver pour déterrer sa belle-mère et lui arracher les yeux. Mais le fait nouveau, c'est que la malade attend mon arrivée avec angoisse, tremble quand on parle de moi, se figure me voir entrer, se met à m'écrire une lettre pour me confier des détails de sa vie que je ne lui demandais pas, en un mot me présente au plus haut point tous les caractères de la passion somnambulique. Ces faits ne sont ici curieux que par la rapidité de leur apparition qui semble il est vrai en rapport avec la perfection du somnambulisme qui est complet dès le début.

Il n'en est plus ainsi dans d'autres cas où nous voyons cette influence prendre des proportions énormes, quoique le somnambulisme provoqué soit au contraire peu développé et peu net. Mais on observe ces faits en particulier chez des psychasthéniques obsédés et il ne s'agit plus tout à fait de l'influence somnambulique : il me semble bon de réserver un peu leur étude. Les faits précédents montrent suffisamment les trois variétés qui peuvent se présenter dans l'apparition des phénomènes.

Ceux-ci peuvent encore différer beaucoup les uns des autres par leur degré ou leur développement. Ils peuvent naturellement être faibles et les différentes phases peu distinctes. Une diminution dans les idées fixes, une certaine confiance du sujet qui se sent rassuré, puis une rechute et un grand besoin de consolation, telle est la forme que les choses prennent souvent surtout au début. Mais ce qui est plus intéressant à connaître ce sont les formes exagérées.

La période de fatigue peut, assez rarement il est vrai, présenter quelque gravité. M. après un somnambulisme, qu'il est cependant indispensable de provoquer chez elle, présente 48 heures de véritable maladie, maux de tête, insomnie, vomissements, grandes souffrances abdominales (il est vrai que l'on a été obligé de défaire pendant le somnambulisme des contractures des muscles abdominaux), cet état de trouble est si net qu'il laisse sa trace dans une modification de la mémoire. Quoique M. ait été aussi bien réveillée que possible après la séance elle présente deux jours après comme un nouveau réveil, c'est-à-dire qu'au moment où elle se rétablit complètement elle perd le souvenir de ces deux journées de malaises. Elle entre alors dans la période d'influence qui est heureuse, malheureusement suivie au bout de 10 ou 15 jours de la période de passion somnambulique qui est également chez elle très exagérée et très grave.

En effet une quinzaine de jours après la séance, sous diverses influences, le plus souvent et c'est un fait sur lequel j'insiste, à la suite de quelque émotion, elle recommence à se sentir fatiguée et ennuyée, elle se laisse aller à des rêveries qu'elle ne peut arrêter, les insomnies surviennent, les maux de tête vont en augmentant, *les anesthésies se rétablissent complètement sur tout le corps,* et bientôt les vomissements sont de nouveau incoercibles. Mais ce qui est important à mon avis, c'est un état mental tout spécial. Elle se sent poursuivie par des rêveries bizarres : ce sont des idées de désespoir et de suicide ou bien des idées de promenades, de voyages insensés. Et ces idées malheusement commencent à s'exécuter, M. se retrouve tout à fait hors de sa route, dans des quartiers qu'elle ne connaît pas ; elle reprend conscience d'elle-même au moment où elle entre dans une gare de chemin de fer probablement pour partir en voyage. C'est comme on le voit le début, le germe des fugues hystériques. Ces rêveries sont favorisées par une diminution énorme de l'attention. M. ne peut plus lire, comprend

peu ou point ce qu'on lui dit, et, surtout caractère capital, perd complètement la mémoire de ce qui se passe journellement.

En effet la plus petite émotion survenant à cette période chez une malade qui est déjà anesthésique sur tout le corps détermine chez elle une amnésie de forme bien caractéristique. Cette amnésie remonte sur les deux ou trois journées immédiatement précédentes et détruit les souvenirs que M. paraissait avoir acquis sur ces journées et en outre supprime complètement l'acquisition des souvenirs nouveaux pendant les journées qui suivent l'émotion. En un mot il survient chez elle à ce moment une amnésie rétrograde et continue. C'est tout à fait, quoique en petit, si je puis ainsi dire, le cas de Mme D.[1]. Seulement ces phénomènes amnésiques ne durent pas chez elle ; car ils vont disparaître à la suite de la prochaine séance somnambulique qui, comme on le voit, était devenue nécessaire.

Ces modifications de la mémoire qui chez M. caractérisent les diverses phases que nous étudions étant intéressantes, j'ai cru qu'il était bon d'insister sur ces phénomènes et j'ai essayé de les représenter par le même graphique dont je me suis servi pour Mme D. (fig. 67). Les conventions sont les mêmes, mais ici les intervalles du papier quadrillé représentent des jours et non des mois. L'intervalle AB représente une phase de passion somnambulique qui précède un sommeil provoqué, l'amnésie continue qui n'est pas très profonde a pris tout à fait le type qu'elle avait pendant la guérison de Mme D., les souvenirs des événements sont conservés pendant la journée de A en C, ils sont effacés après la nuit et en définitive M. n'a aucune mémoire des faits survenus dans les quatre jours qui précèdent son arrivée. Elle est endormie de B à D, ou plutôt elle subit à ce moment une certaine modification cérébrale qui débute par un sommeil et qui donne à cette période l'aspect d'un somnambulisme. En effet pendant cette période elle retrouve les souvenirs de toute sa vie, y compris ceux de la période amnésique précédente. Mais cet état laisse au réveil une amnésie correspondante qui semble se prolonger à l'avenir pendant toute la vie, au moins tant que la malade n'est pas complètement guérie. Suit une période bizarre de D en E, que j'ai

1. Voir l'amnésie rétrograde et continue de Mme D. dans le chapitre III de cet ouvrage.

appelée période de fatigue, parce que M. souffre encore des modifications de son état cérébral déterminées précédemment et se trouve dans un état pénible d'instabilité psychologique. Cependant la sensibilité est en partie rétablie et M. semble avoir une mémoire étendue qui porte sur toute la vie, sauf sur la période du somnambulisme précédent et sur les périodes analogues. Mais cette période de fatigue est suivie, comme on l'a vu, d'une sorte de réveil nouveau et d'une amnésie plus étendue que la précédente,

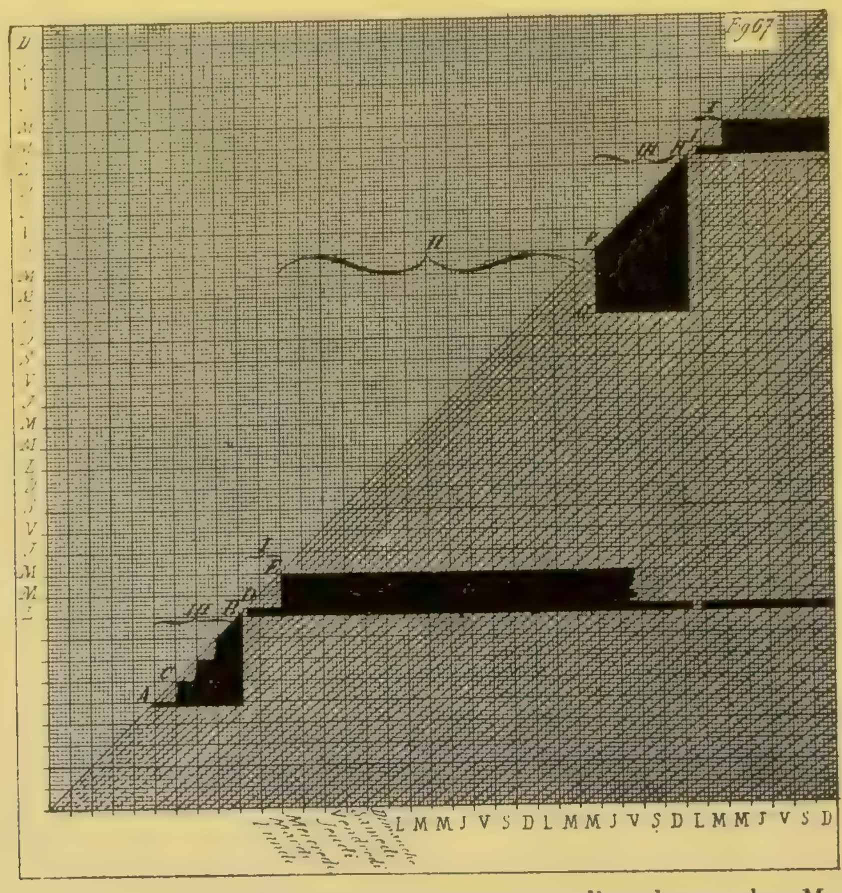



Fig. 67. — Schéma des modifications de la mémoire que l'on observe chez M. pendant les diverses périodes qui séparent deux séances de somnambulisme consécutives. Les lignes du papier représentant des journées. BD somnambulisme provoqué. I période immédiatement consécutive au somnambulisme. II période d'influence. III période de passion somnambulique.

puisqu'elle porte non seulement sur le somnambulisme BD, mais aussi sur la période qui le suit DE.

Enfin en E commence ce que l'on peut appeler la période d'influence. Le sujet ne se plaint plus de souffrances, sans doute parce que la répartition de son activité cérébrale ne varie plus brusquement, parce que l'esprit semble dans un certain état de stabilité. La sensibilité est faible mais non abolie ; la mémoire est assez étendue sur le passé et acquiert les souvenirs du présent, l'amnésie ne

porte que sur les deux périodes précédentes. Mais 15 jours après, l'esprit est déjà affaibli et, en F, survient une émotion qui détermine de nouveau une anesthésie complète, une amnésie rétroactive de 3 jours s'étendant de F en G et une amnésie continue de F en H, à la suite de laquelle nouvelle séance de somnambulisme provoqué H I et le cycle des phénomènes recommence.

Dans un précédent travail, en 1894, j'ai représenté autrement les mêmes phénomènes ; comme ces diverses représentations présentent sous divers aspects des faits en réalité très complexes et peuvent aider à les comprendre, je reproduis ici cet autre schéma (fig. 68).

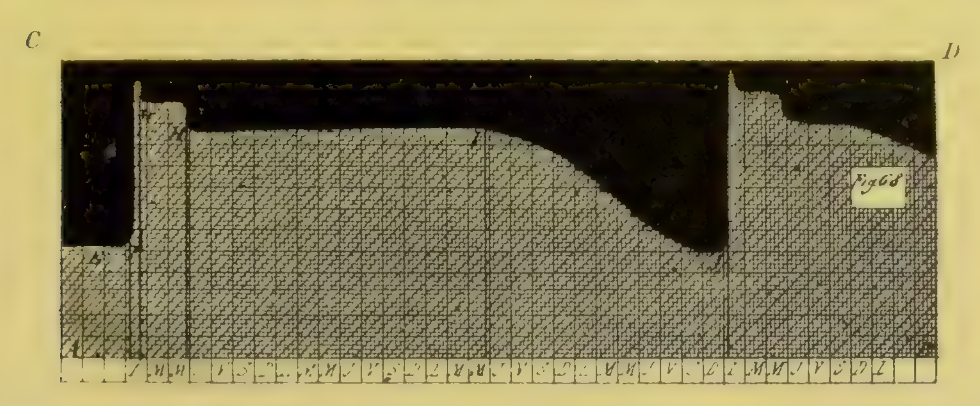



Fig. 68. — Autre représentation schématique des mêmes phénomènes qui se produisent chez M. dans l'intervalle entre deux somnambulismes provoqués.

La ligne AB représente encore le cours de la vie et les divisions correspondent aux jours. La verticale A C de longueur arbitraire indique ce que l'on peut appeler la quantité normale de sensation et de mémoire, le taux si l'on veut de l'intelligence normale. La ligne courbe inscrite entre les deux parallèles AB et CD représente les oscillations de ce niveau intellectuel chez notre malade. En E quand elle va entrer dans l'état de somnambulisme provoqué, cette courbe est descendue bien au-dessous de la normale. Les choses se passent comme si la séance d'hypnotisme et d'æsthésiogénie déterminait une notable augmentation de la force intellectuelle qui se manifeste par un accroissement de la sensibilité et un élargissement de la mémoire, ce qui se traduit par une élévation de la courbe presque jusqu'à la normale. Quand elle sort de cet état en G il y a une première chute, puisque la malade oublie ce qui vient de se passer pendant la période du somnambulisme. Puis, deux jours après, comme on l'a vu, nouvelle chute dans un état d'anesthésie et d'amnésie hystériques plus profond en H. Ensuite elle redescend plus lentement et plus irrégulièrement surtout depuis I jusqu'en J, moment

où il est nécessaire de l'exciter de nouveau. « Si on la laisse retomber, disais-je à ce propos en 1894, il y aura amnésie complète de toute la période précédente ; si on l'excite, il y aura au contraire état psychologique plus complet et souvenir parfait des périodes précédentes. Ces sont ces chutes, ces retours à l'état d'anesthésie qui donnent aux périodes normales l'aspect de somnambulismes..... C'est cet état de prétendue veille qui est anormal et qui transforme les moments d'intelligence ordinaire en somnambulismes[1]. » Ce nouveau schéma, moins précis sans doute au point de vue de la représentation de l'amnésie a l'avantage de mettre mieux en évidence les alternatives d'élévation et d'abaissement intellectuels qui caractérisent ces phases d'influence somnambulique.

Cette figure et cette interprétation des rapports entre l'anesthésie et l'amnésie somnambulique sont empruntées à mon travail sur les *Accidents mentaux des hystériques*, 1894. Ce n'est, d'ailleurs, qu'un résumé de recherches plus anciennes. Dans mon travail sur « *l'automatisme psychologique* » je concluais ainsi une étude sur l'amnésie qui suit le somnambulisme : « pour comprendre la mémoire alternante des somnambules, nous avons été amené à supposer qu'elle est due à une *modification périodique (qu'elle soit spontanée ou provoquée) dans l'état de la sensibilité*[2] ». « C'est le changement d'état sensoriel, ce n'est pas le réveil qui fait l'oubli[3] ». Dans le même travail, j'essayais de montrer que des hystériques entièrement guéries doivent retrouver la mémoire de leurs somnambulismes et de leurs écritures subconscientes[4]. Ces anciennes remarques trouvent ici une confirmation intéressante, dans l'étude des modifications de la sensibilité et de la mémoire chez M. suivant la période pendant laquelle on la considère.

Chez la malade précédente la période de passion somnambulique déterminait une période d'amnésie fort grave rétrograde et continue. Les choses peuvent s'aggraver encore et prendre une forme qu'il est important de connaître. Une jeune fille de 22 ans, Ke., en entrant à la Salpêtrière présente quelques stigmates et divers accidents hystériques mais surtout elle est tourmentée par des obsessions très complexes en particulier par la recherche angois-

1. *Les accidents mentaux des hystériques*, 1894, p. 226, Cf. *Ibid.*, p. 214.
2. *Automatisme psychologique*, 1889. p. 109.
3. *Ibid.*, p. 126.
4. *Ibid.*, p. 344.

sante d'un souvenir et par des impulsions au suicide extrêmement graves. L'état hypnotique, très facile à provoquer chez elle, a permis de remonter à l'origine de ces obsessions, de les transformer et de les supprimer assez rapidement. Ce traitement a duré chez elle trois mois ; pendant le premier mois la malade a été endormie deux fois par semaine, puis une fois par huit jours pendant la seconde partie de son séjour. Ne présentant plus aucun symptôme pathologique, la malade est partie en apparence guérie. Au bout de vingt jours ont commencé à se manifester d'autres phénomènes, ennuis, tristesse, somnolences, défaut d'attention et de mémoire, tête vide, etc. On a cru que ces symptômes se dissiperaient spontanément. Au contraire ils ont augmenté d'une façon démesurée ; chose singulière, les anciens accidents et les anciennes idées fixes ne sont pas réapparues comme il arrive d'ordinaire, mais l'anorexie et l'insomnie se sont ajoutées aux troubles précédents, l'intelligence a diminué de plus en plus et quand la malade a été ramenée après deux mois elle était dans un état complet de confusion mentale. Il est probable que cette malade comme la précédente présentait de l'amnésie continue, mais on ne pouvait le constater à cause de la confusion des réponses. J'insiste sur cet état, qui est fort curieux et que nous retrouverons tout à l'heure dans certaines maladies développées spontanément. Malgré son apparence anormale, je suis disposé à croire qu'il ne s'agit encore ici que de l'exagération de la phase de passion somnambulique. Le cas précédent par sa forte amnésie continue nous a préparé à comprendre de même des cas de confusion très grande. La malade Ke. pendant qu'elle était hypnotisée ne présentait rien de semblable, cet état s'est développé au moment où d'ordinaire on note les symptômes de cette phase. Enfin et surtout il a suffi d'endormir la malade une fois pour améliorer beaucoup cet état de confusion qui disparut complètement après le second somnambulisme. Quelques précautions, en particulier l'écartement graduel des séances, ont permis à cette malade de quitter la Salpêtrière sans danger. Actuellement les somnambulismes sont interrompus depuis un an sans qu'il y ait eu de rechute. Mais c'est à ce point de vue un cas heureux, on verra qu'il n'en est pas toujours ainsi et qu'il est quelquefois impossible de supprimer totalement le somnambulisme sans voir réapparaître plus ou moins complètement les anciens accidents.

Je viens d'étudier les exagérations de la période de fatigue et

de la période de passion somnambulique. Faut-il étudier des exagérations semblables de la période intermédiaire dite d'influence? Ces variétés sont moins distinctes : cette période est surtout caractérisée par la guérison de la maladie et celle-ci ne peut guère être exagérée. On retrouvera des exagérations dangereuses propres à cette période dans le développement que peut prendre chez le sujet la pensée de son hypnotiseur, je les étudierai à propos de ce sentiment spécial que le sujet conserve pour celui qui l'endort. C'est pourquoi je ne fais que signaler ici les modifications de ces phases qui dépendent de ce sentiment et de la conscience plus ou moins grande que le sujet peut en avoir.

Au contraire, il me paraît utile d'insister sur une autre modification de ces phénomènes qui dépend non de leur intensité comme dans les cas précédents, mais de leur durée et en particulier de la durée de la seconde période, celle de l'influence somnambulique. Cette durée présente en effet dans le traitement de certaines maladies nerveuses et mentales une très grande importance.

Chez certains malades, malheureusement trop nombreux, cette période d'influence somnambulique est très nette, mais très courte ; elle se prolonge pendant quelques heures, tout au plus pendant une journée ; puis les malades, après une courte période de passion somnambulique, retombent dans leur état antérieur. Il en résulte que, pour les guérir, ou du moins pour leur donner l'apparence de la santé et de la raison, il faudrait les hypnotiser tous les jours. L'exemple de T. est particulièrement typique. C'est une jeune fille de vingt-quatre ans, atteinte depuis huit ou dix ans de l'hystérie la plus grave, anesthésie très variable, mais quelquefois complète, attaques violentes, souvent de forme épileptique, qui se reproduisent tous les jours, souffrances terribles dans la tête, intelligence extrêmement affaiblie et souvent état presque délirant. Eh bien, il est certain que l'on peut transformer cette jeune fille, qui semble presque aliénée, et en faire une personne parfaitement raisonnable, sans aucune tare nerveuse apparente, ayant même beaucoup d'intelligence et de délicatesse. Mais à quel prix ? Par des séances de deux et trois heures tous les matins, séances dans lesquelles il va falloir détruire l'un après l'autre tous ses symptômes morbides, toutes ses anesthésies, tous ses rêves persistants, toutes ses idées fixes. Le travail, si bien fait qu'il soit, ne durera qu'une journée, le lendemain tout est à recommencer. La

sensibilité qui avait été complètement restaurée est de nouveau disparue, les confusions mentales, les délires sont aussi forts que la veille. Aussi cette guérison momentanée de T. reste une expérience curieuse de psychologie, mais n'a aucune valeur pratique.

Je me souviens à ce propos d'une anecdote que m'a souvent racontée Charcot à propos de ces traitements somnambuliques. Un médecin avait réussi à faire disparaître par le moyen de l'hypnotisme un mutisme hystérique qui paraissait très grave, il était fort heureux de son succès. Le lendemain il fut rappelé parce que l'accident avait recommencé, nouvelle guérison facile ; mais le jour suivant il fallut encore recommencer, et ainsi indéfiniment, et le médecin, qui n'était pas sans doute habitué à ce genre de malades et à ces phénomènes, ne savait plus que faire et venait supplier Charcot de le délivrer de son hystérique[1]. Charcot lui montra que, dans ce cas, cette médication était impraticable et qu'il fallait y renoncer.

Heureusement il n'en est pas toujours ainsi. Chez quelques malades, dès les premières séances, chez la plupart au bout d'un certain temps, l'influence se prolonge. D..., une anorexique, mange bien pendant quatre jours après une seule séance, puis recommence à refuser toute nourriture, mais après la seconde séance elle reste raisonnable pendant dix jours. V..., attaques, idées fixes de suicide, subit l'influence d'abord pendant trois jours, puis cinq, dix et même quinze jours. J'ai décrit le cas de Justine, que l'on peut maintenir dans un état presque parfait, six semaines après un somnambulisme. Beaucoup de malades ne reviennent plus que de loin en loin quand un événement inattendu les bouleverse. Mais pour ceux-ci, il n'est plus tout à fait juste de parler de la période d'influence, ce sont des malades presque complètement guéris. Le but que l'on doit se proposer c'est évidemment d'allonger cette période de santé apparente, c'est le moyen d'éviter les accidents de la passion somnambulique et de préparer la guérison des malades. Aussi croyons-nous qu'il faut surveiller avec un certain soin l'intervalle qui sépare les séances et ne les rapprocher ou ne les écarter qu'avec certaines précautions, et en tenant compte des circonstances et de l'état moral du malade.

1. M. Babinski cite un cas du même genre, celui d'une malade que l'on hypnotise 5 à 6 fois par jour depuis un an, car elle ne conserve la parole que deux heures environ. *Gazette hebdomadaire*, juillet 1891, p. 26.

## 4. — *Influence de la suggestion.*

De quoi dépendent ces phénomènes ? Quel est le fait principal autour duquel les autres paraissent se ranger ? Autrefois on insistait beaucoup sur les phénomènes physiques, sur les modifications organiques déterminées par le magnétisme animal. Il est incontestable que de tels phénomènes doivent exister, le somnambulisme lui-même dépend de certaines modifications cérébrales et quelques-unes de ces modifications doivent persister après le réveil ; la fin de la période d'influence, la période de besoin doivent également correspondre à des modifications cérébrales.

Cette influence physiologique est surtout manifeste, si on tient compte des modifications qui dépendent de la durée du sommeil lui-même. Dans mon étude sur l'automatisme psychologique, j'ai déjà indiqué comment j'avais maintenu une personne immobile dans un état de sommeil profond, pendant quatre jours et demi, et comment j'avais pu guérir ainsi une paraplégie hystérique qui avait résisté à tous les autres procédés[1]. Récemment M. Wetterstrand s'est beaucoup occupé de cette question des sommeils artificiellement prolongés et de leur grande valeur thérapeutique. J'ai eu l'occasion de reprendre récemment cette expérience et j'observe encore aujourd'hui des métamorphoses véritables qui surviennent chez certains malades après des sommeils provoqués que l'on prolonge pendant plusieurs jours. Chez certains de ces malades, qui livrés à eux-mêmes ont un sommeil tout à fait insuffisant, il faut ainsi reposer le cerveau avant de chercher à réveiller son activité et le sommeil ainsi déterminé a évidemment une action physique. Tout cela est incontestable ; mais il est non moins incontestable que nous ne savons rien de ces phénomènes physiologiques. Ils ont lieu dans l'intimité des cellules corticales, ce sont des modifications dans la quantité ou la répartition de l'influx nerveux, c'est-à-dire que ce sont des choses encore inaccessibles à notre observation. Nous devons nous borner à constater les faits manifestes et ceux-ci sont encore presque uniquement d'ordre psychologique.

Il semble facile d'expliquer alors ces faits d'influence somnam-

1. *Automatisme psychologique*, 1889, p. 134 et p. 454.

bulique par la suggestion que fait l'hypnotiseur pendant le somnambulisme. C'est la première interprétation et la plus simple en apparence des phénomènes que nous étudions. Certaines améliorations ont été suggérées au malade : s'il marche, s'il n'a plus d'attaques c'est parce qu'il obéit à un commandement. De là résulte le bien-être qu'il éprouve, et s'il revient au bout d'un certain temps, c'est pour demander qu'on lui fasse de nouvelles suggestions. Il y a dans cette interprétation une certaine part de vérité. J'ai essayé dans une série d'expériences de constater la relation étroite qui existe entre la suggestion et l'influence somnambulique, et je crois pouvoir montrer que dans une certaine mesure ces deux phénomènes sont parallèles, qu'ils s'accompagnent et disparaissent en même temps.

On sait que la suggestion dite posthypnotique s'exécute un certain temps après le somnambulisme, soit à un signal déterminé, le point de répère, soit après une période plus ou moins longue calculée subconsciemment par le sujet. Mais quelle est la longueur de cette période, pendant combien de temps la suggestion posthypnotique peut-elle se conserver dans l'esprit du sujet ? Ce point ne me semble pas avoir été étudié avec assez de précision. Beaucoup d'auteurs ont signalé à titre de curiosité des suggestions très prolongées qui ne s'exécutaient qu'après cent jours, deux cents jours, un an. J'ai constaté sur bien des sujets, en particulier sur cette somnambule que j'ai décrite autrefois sous le nom de Léonie, bien des faits semblables. Je lui faisais une suggestion pendant le dernier somnambulisme avant son départ, suggestion qui ne s'exécutait qu'un an après, au moment de son retour. Il est dans ces cas assez inutile de préciser exactement le nombre des jours, car, chez certains sujets et dans certains cas, la durée d'une suggestion semble indéfinie. Léonie exécutait encore très correctement au premier signal et d'une façon subconsciente des suggestions qui lui avaient été faites trente ans auparavant par M. le Dr Perrier (de Caen), son premier hypnotiseur. Mais il faut bien savoir que cette prolongation est un fait particulier à quelques sujets et dans certaines conditions, et que ce n'est aucunement une loi générale de la suggestion.

Pour étudier la fréquence du phénomène et ses conditions j'ai disposé l'expérience de la manière suivante. Pendant l'état de somnambulisme, au moment, constaté antérieurement, de la plus grande suggestibilité, je donnais au sujet une série de suggestions

devant être exécutées à diverses dates de plus en plus éloignées. Par exemple, immédiatement après le réveil, le sujet devait déchirer un morceau de papier placé sur la table ; le lendemain il devait écrire une lettre; deux jours ou huit jours après il devait chercher une personne et lui dire un mot convenu, etc., etc. Dans d'autres cas je me suis borné à commander la continuation indéfinie d'un même acte : tous les jours le sujet devait me saluer d'une certaine manière ou faire un certain détour pour entrer dans la salle. Mais la première forme de l'expérience m'a paru plus intéressante et je l'ai répétée sur plus de trente somnambules. Pour que cette expérience ait toute sa valeur il faut prendre certaines précautions, il faut éviter d'endormir de nouveau le malade avant l'exécution des suggestions, car un nouveau somnambulisme contribuerait nécessairement à rappeler et à répéter les commandements donnés; il est même bon que le sujet livré à lui-même et observé à son insu ne voie plus son hypnotiseur.

En procédant de la sorte j'ai constaté certains cas curieux de prolongation de la suggestion : Rose, après avoir quitté l'hôpital sans être de nouveau endormie et sans me voir, a exécuté régulièrement des suggestions pendant quatre-vingts jours, et ce n'est qu'après cette longue période qu'elle a cessé d'obéir et qu'elle a commencé à m'oublier, mais dans mes observations des cas de ce genre sont tout à fait exceptionnels.

Beaucoup plus nombreux sont les sujets qui exécutent seulement les suggestions les plus prochaines; ils accomplissent très bien l'acte qui doit être fait au réveil, à la rigueur celui qui doit être fait le lendemain matin, et c'est tout ; les autres suggestions pour les jours suivants, quoique ayant été acceptées de la même manière, sont complètement sans effet.

Enfin la plupart des autres sujets exécutent bien des suggestions dont l'échéance est reculée à huit jours, quinze jours ou même un mois, mais ne dépassent point ces dates. Chose curieuse, la date la plus éloignée reste approximativement la même pour chaque sujet au moins pendant une certaine période de sa maladie ; B... ne peut exécuter que des suggestions avec délai maximum de trois jours, tandis que Justine exécute bien des suggestions dont l'échéance est reculée à six semaines.

Ce fait dépend de bien des conditions, en particulier de l'état de la mémoire et particulièrement de la mémoire subconsciente ; mais le fait important à relever ici c'est que cette période pendant

laquelle la suggestion posthypnotique s'exécute correspond assez exactement chez les différents sujets à cette période que je viens de décrire sous le nom de période d'influence somnambulique. Les sujets qui, comme T..., ont une période d'influence de vingt-quatre heures, n'exécutent que des suggestions à échéance de vingt-quatre heures et les sujets qui exécutent des suggestions à échéance de six semaines sont ceux qui, comme Justine, ont des périodes d'influence de six semaines.

A cette observation, qui établit d'une manière assez nette la relation entre la suggestion et l'influence, nous pourrions ajouter d'autres petites remarques. Les sujets, comme on sait, ont à l'état de veille une aptitude très inégale à recevoir des suggestions, et chez le même sujet cette suggestibilité varie encore suivant le moment où on l'observe. Si on étudie les sujets immédiatement après le réveil on constate qu'ils sont étonnamment suggestibles et obéissent immédiatement à celui qui vient de les endormir. Si on répète la même expérience sur le même sujet huit jours ou quinze jours plus tard, sans hypnotisme intermédiaire, bien entendu, on constate que certains sujets sont encore aussi suggestibles et que d'autres ne le sont plus. Dans un cas tout particulier cette vérification est très rapide; on sait que les hystériques atteintes d'anesthésie profonde tactile et musculaire ont une disposition à laisser leur bras dans des postures cataleptiques quand il est soulevé par leur hypnotiseur. Il s'agit là d'un phénomène suggéré qui reste tout à fait subconscient. Ce fait, très net après le réveil, disparaît chez plusieurs sujets au bout de quelques jours; à ce moment, le bras soulevé par l'hypnotiseur retombe flasque comme s'il était soulevé par une personne étrangère. Enfin la production du somnambulisme est chez les sujets accoutumés un véritable fait de suggestion, le sujet s'endort immédiatement au moindre signe. Eh bien, ce somnambulisme n'est ainsi facile que pendant quelques jours après le somnambulisme précédent. G..., qui vient d'être réveillée, peut être rendormie en un instant; il en sera de même demain et après demain; mais dans quelques jours tout est changé, il va être long et difficile de la rendormir, le signal ne suffira plus et il faudra recourir aux procédés classiques. A de certains moments même, Marguerite, dans les journées qui précèdent ses attaques, devient impossible à hypnotiser. Cette période de suggestibilité, de catalepsie partielle, d'hypnotisation facile, correspond encore, on le devine, à la période d'influence

dont les caractères se précisent de plus en plus, et on pourrait presque dire que cette période est l'œuvre de la suggestion.

Cette solution simple est cependant loin de me satisfaire complètement. En effet on constate, et pendant la période d'influence et pendant la période de passion qui la suit, bien des faits qui n'ont pas été suggérés. J'ai défendu à Marguerite d'avoir des attaques et c'est tout, et cependant sa sensibilité, sa mémoire, ses mouvements, tout son caractère et toute sa conduite ont été modifiés. Bien souvent il m'est arrivé d'endormir Justine en évitant de lui faire aucune suggestion, et le bien-être de la période d'influence n'en a pas moins existé. Il faudrait au moins ajouter qu'il y a des auto-suggestions, des idées spontanées du sujet qui se transforment en suggestion et il faudrait chercher quelles sont ces idées. D'autre part il y a dans ces périodes des choses contraires à la suggestion, par exemple leur durée limitée. On suggère toujours au sujet d'être sage le plus longtemps possible; si tout dépend de la suggestion elle-même, pourquoi tous ces phénomènes disparaissent-ils au bout de peu de jours? Pourquoi ces suggestions faites toujours de la même manière ont-elles une influence et une durée si inégale chez les différents sujets?

Faut-il croire que cette limite à l'action thérapeutique, ces modifications dans l'action des suggestions ont été elles aussi suggérées? Faut-il croire que par maladresse, j'ai toujours suggéré, sans m'en apercevoir, à tant de sujets atteints de maladies différentes et dans des conditions si différentes les phénomènes désagréables de la passion somnambulique? Que de fois, cependant, n'ai-je pas souhaité d'être débarrassé de malades perpétuellement identiques à eux-mêmes et que de fois n'ai-je pas fait tous les efforts possibles pour rendre la suggestion définitive et supprimer le besoin de la répéter sans cesse. Une simple réflexion peut, je crois, trancher cette question : s'il en était ainsi, s'il suffisait de suggérer un peu mieux que je ne l'ai fait pour éviter définitivement toute rechute, toutes les hystériques qui avant d'entrer à l'hôpital ont passé entre les mains d'une foule de médecins auraient été guéries depuis longtemps et il ne serait jamais nécessaire de les conserver à l'hôpital. Qui ne connaît au contraire la fréquence et la facilité désespérante des rechutes chez ces malades. Ce sont ces rechutes que j'ai étudiées, ce sont ces rechutes bien connues qui prennent sous l'influence

du traitement hypnotique l'apparence de la passion somnambulique. Cette limitation des suggestions et surtout des suggestions thérapeutiques à une période d'une longueur donnée, variable suivant les sujets, ne me paraît donc pas un fait accidentel dépendant de la suggestion elle-même. C'est un fait opposé à la suggestion, contre lequel elle se heurte sans pouvoir le modifier, bien loin de le déterminer.

Enfin, non seulement la suggestion n'explique pas tous les faits, mais, comme je l'ai souvent répété, elle demande elle-même à être expliquée. Ce qui rend les sujets suggestibles, c'est leur faiblesse de pensée, ce sont les lacunes de leur mémoire, de leurs perceptions, de leurs sensations, je ne reviens pas sur cette discussion générale[1], mais pourquoi sont-ils tellement suggestibles pendant une période et non pendant une autre et surtout pourquoi sont-ils tellement sensibles à l'influence d'une personne déterminée tandis qu'ils n'obéissent à aucune autre ?

En un mot la suggestion proprement dite explique une petite partie des phénomènes que nous avons décrits, la guérison de certains accidents particuliers dont la disparition qui a été expressément suggérée. La suggestion n'explique pas complètement d'autres phénomènes, le bien-être, le développement intellectuel, la sécurité qui accompagnent cette guérison et qui dépassent les faits expressément suggérés. La suggestion ne peut aucunement expliquer des faits qui sont en contradiction avec elle, je veux dire, les rechutes régulières et inévitables, la limite d'action de la suggestion et cet état d'aboulie et de confusion mentale qui survient régulièrement chez tant de sujets quand on les abandonne à eux-mêmes.

Pour comprendre ces états psychologiques singuliers qui se présentent dans l'intervalle des somnambulismes, il est nécessaire de chercher encore d'autres phénomènes psychologiques qui accompagnent l'influence somnambulique.

### 5. — *La pensée persistante de l'hypnotiseur.*

Pour comprendre en quoi consistent l'influence et la passion somnambuliques, il faut toujours comparer ces périodes avec la

1. Voir, *Accidents mentaux des hystériques*, 1894, p. 17.

vie normale du sujet, avec son existence antérieure à l'hypnose, on remarque alors comme un des faits les plus frappants à ajouter aux précédents la pensée que le sujet conserve à propos de son hypnotiseur. En effet, le sommeil hypnotique ne ressemble pas sur ce point au sommeil chloroformique ; il n'est pas déterminé brutalement par un agent chimique, il est déterminé par une autre personne et le sujet qui a subi cette transformation ne reste pas indifférent vis-à-vis de la personne qui la lui a imposée. Il conserve pour son hypnotiseur des sentiments et des pensées qu'il n'avait pas auparavant et qui sont très intéressants à analyser.

On peut prévoir *a priori* qu'une personne qui a été hypnotisée fréquemment éprouve pour son hypnotiseur certains sentiments ; il est peu probable qu'elle reste tout à fait indifférente vis-à-vis d'un individu qui prend un tel ascendant sur son esprit, et certains sujets eux-mêmes, comme Vel., trouvent leur sentiments tout naturels et les expliquent par l'habitude ou par la reconnaissance. Mais ces sentiments n'en sont pas moins intéressants parce qu'ils se produisent dans des conditions anormales et parce qu'ils présentent des caractères singuliers.

L'un des sentiments que l'on observe quelquefois dans ce cas c'est le sentiment de la peur. Lucie, par exemple, quelque habitude qu'elle ait prise du somnambulisme, a toujours conservé un sentiment de crainte et même de terreur pour son hypnotiseur ; je viens d'observer le même fait chez un homme de trente ans, Pk..., qui tremble et pâlit quand celui qui l'a endormi entre inopinément dans la salle où il se trouve. Il reconnaît que ce sentiment est ridicule et même « injuste », dit-il, mais il ne peut s'en défendre. Ce sentiment de la peur est cependant rare, je ne l'ai observé que dans deux ou trois cas.

Ce que l'on observe le plus souvent c'est un sentiment d'affection qui peut très rapidement devenir extrêmement vif. Le sujet se sent heureux quand il voit son hypnotiseur et, quand il lui parle ; il éprouve du plaisir à penser à lui et par conséquent ne tarde pas à l'aimer beaucoup. « Celui qui s'occupe d'elles, disions-nous en parlant des hystériques[1], n'est plus à leurs yeux un homme ordinaire ; il prend une situation prépondérante auprès de laquelle rien ne peut entrer en balance. Pour lui, elles sont réso-

1. *Stigmates mentaux des hystériques*, 1893, p. 158.

lues à tout faire, car elles semblent avoir pris une fois pour toutes la résolution de lui obéir aveuglément... Mais, en revanche, elles se montrent extrêmement exigeantes ; elles veulent que leur médecin soit tout à elles, ne s'occupe d'aucune autre personne, vienne les voir à chaque instant, demeure longtemps avec elles et prenne à cœur leurs moindres préoccupations. » Ce sentiment se modifie, comme on le voit, par le caractère propre à ces malades, leur égoïsme, leur susceptibilité, leur jalousie, et beaucoup de magnétiseurs[1] ont bien décrit la souffrance qu'éprouve une somnambule quand elle apprend que son directeur endort de la même manière une autre personne. Cette affection se modifie surtout par le mélange très fréquent avec le sentiment précédent, celui de la peur. Un sujet, tout en aimant son hypnotiseur, se rend compte de sa soumission qu'il accepte plus ou moins facilement. Il éprouve une affection mêlée de crainte pour un être beaucoup plus puissant que lui.

Suivant leur âge, leur intelligence, leur éducation, les malades interprètent et expriment ces sentiments de manières différentes. Léonie, qui était déjà âgée, ne voulait-elle pas me considérer comme son fils, et Justine ne disait-elle pas, ce qui est encore plus flatteur, qu'elle avait pour moi les mêmes sentiments que pour le bon Dieu. Le plus souvent les sujets se sentent humbles et petits et se comparent à des enfants devant des parents plus âgés. « Je suis, dit Berthe, comme un enfant qui a fait quelque sottise et qui a peur que sa mère le sache. » Les nuances de ces sentiments peuvent beaucoup varier ; il est plus important de chercher les phénomènes qui les accompagnent et les constituent.

Le premier fait bien visible chez beaucoup de sujets c'est que, dans la période d'influence, ils pensent sans cesse à leur hypnotiseur et s'en préoccupent beaucoup. Je rappelle l'exemple de Berthe : elle est fort malade, presque délirante et, dans son indifférence croissante, elle a oublié tous ses parents et ses amis ; quand son frère vient la voir c'est à peine si elle le reconnaît. Non seulement elle me reconnaît toujours, mais elle pense à moi constamment au moins dans les jours qui suivent le somnambu-

1. De Lausanne, *Principes et procédés du magnétisme animal*, 1819, II, 297. — Despine (d'Aix), *Traitement des maladies nerveuses par le magnétisme animal*, 1840, 105.

lisme. Comme je ne suis pas toujours près d'elle, elle écrit un journal où elle continue à me raconter tout ce qu'elle a fait ; plusieurs malades emploient le même procédé et Wkb.. passe la journée à m'écrire des lettres interminables. D'autres, comme Marguerite, F... ou V..., n'ont même pas besoin de cet artifice, elles croient que je suis près d'elles quoiqu'elles ne voient rien et me racontent à demi voix leurs actes ou leurs préoccupations. Sans entendre précisément ma voix, elles sentent que je leur parle ; il s'agit très nettement, dans le cas de Marguerite, d'hallucinations kinesthésiques verbales ou même de paroles subconscientes qu'elle compare elle-même à son écriture automatique.

Cette pensée de l'hypnotiseur se manifeste particulièrement à propos des actions que le sujet veut accomplir et surtout des actions qui ont été interdites pendant l'hypnose. Le sujet ne se sent plus libre, il croit subir une influence, une direction : Gu..., qui, après un somnambulisme, n'a plus de contractures au bras pendant deux jours, se sent gênée pendant ces deux jours comme si quelqu'un était auprès d'elle et la surveillait, comme si elle ne pouvait jamais être seule ; elle a même à ce propos des sentiments de pudeur difficiles à décrire. Rou. [1], un jeune homme qui a fait des fugues hystériques de plusieurs mois, reste chez lui bien tranquille parce qu'il croit encore devoir m'obéir. Il suffit de lui parler en mon nom, ce dont sa famille abuse d'ailleurs, pour le rendre docile comme un enfant. Vel., un homme de trente-cinq ans, a toujours comme une appréhension de ce que je pourrai lui dire, il se figure sans cesse que je contrôle ses actes, et il attend que je lui dise ce qu'il faut faire, prêt à exécuter avec plaisir tout ce que je lui dirai. Wk., une jeune fille atteinte d'incontinence nocturne, est tourmentée également par une peur continuelle de me mécontenter. On comprend alors ces expressions employées par plusieurs sujets : « Je suis un polichinelle dont vous tenez la ficelle » ; « Je suis une machine et vous en êtes le ressort » ; « C'est votre volonté qui s'est mise à la place de la mienne, il me semble que je ne m'appartiens plus. »

Cette pensée de l'hypnotiseur qui se développe automatiquement détermine pendant la nuit des rêves dans lesquels elle se manifeste avec plus de précision. Wkb. rêve que j'entre dans la salle et que

1. Voir à propos de ce cas intéressant la deuxième série de ces études sur les idées fixes le chapitre sur les fugues.

je surveille la façon dont elle dort; Gk. parle tout haut la nuit de ce que je lui ai dit pendant le somnambulisme et soutient au réveil que je suis venu causer avec elle. Justine a souvent la nuit des rêves bien plus extravagants où elle me fait jouer un rôle, rêves qui n'ont aucunement été suggérés. Une nuit, sans doute pour l'habituer à ne pas avoir peur de la mort, je la conduis au cimetière et je la force avec de grands gestes de commandement à mettre des fleurs sur la tombe de sa mère.

Chez quelques-uns ces hallucinations se développent même pendant la veille. Au moment où il va recommencer son tic du visage, Vel. est tout étonné d'entendre mon nom et de voir ma figure apparaître devant lui. B. me voit lever un doigt pour l'avertir quand elle va faire une sottise : « Je ne vous vois pas en face, il me semble que vous êtes derrière moi. » J'ai déjà fait allusion au cas le plus complet de ces hallucinations en décrivant les idées fixes de Justine[1] ? Elle entend ma voix comme si je la grondais et cela d'une manière si nette qu'à la grande surprise des personnes présentes elle se retourne brusquement en demandant : « Où est donc M. Janet ? » Il lui suffit de fermer les yeux pour me voir et elle commence avec moi de longues conversations dans lesquelles elle m'explique sa conduite et écoute mes bons conseils. Quelquefois, paraît-il, je gronde très fort ; elle s'écrie tout haut : « Monsieur Janet, je vous en prie, ne vous fâchez pas, je ne le ferai plus », et elle cesse immédiatement son attaque ou son rêve sur le choléra. Voici un cas particulièrement typique de ces hallucinations chez cette malade.

Comme elle a peur des maladies, peur qui dépend de son idée fixe du choléra, elle ne veut pas passer près de la porte d'un hôpital. En approchant de Saint-Antoine elle commence intérieurement ses divagations : « C'est par là que sortent les morts...; le pavé est souillé..., etc. », et elle s'apprête à traverser la rue pour faire un long détour. Mais à sa grande surprise elle me rencontre au milieu de la chaussée me disposant à lui barrer le chemin : « Vous étiez au milieu de la rue, comment ne vous en souvenez-vous pas ? vous m'avez empêchée de passer. Il m'a fallu suivre le trottoir et quand la porte de l'hôpital a été franchie vous m'avez dit en riant : Eh bien ! êtes-vous morte ? puis vous êtes disparu je ne sais où. »

2. Histoire d'une idée fixe. *Revue philosophique*, 1894, I, p. 166.

Je puis rapprocher de ce fait d'autres observations analogues : Wkb., dans sa colère délirante contre son beau-père, commence souvent des actes absurdes ou même dangereux. Au moment de mettre à la poste une lettre d'injures, au moment où, le voyant venir, elle lève un couteau pour le frapper, elle voit mon ombre apparaître et cela suffit pour l'arrêter net. Mais le cas le plus bizarre nous est fourni par une autre observation récente assez inattendue. Lec., dans une sorte de délire hystérique, est parvenue à se sauver de la Salpêtrière. Elle n'avait pas fait dix pas sur la place qu'elle m'a rencontré « par le plus grand des hasards », dit-elle ; elle est restée stupéfaite et elle est rentrée immédiatement toute honteuse de son escapade.

Il faut bien noter que, dans tous ces cas, il ne s'agit aucunement de suggestion. Je n'ai jamais commandé à ces malades d'éprouver de telles hallucinations et je ne songeais guère d'ailleurs aux circonstances dans lesquelles elles se sont produites. On peut remarquer que ces rêves dérivent par association des commandements que je leur ai faits, mais ils supposent cependant un travail spontané assez considérable qui a développé et transformé les suggestions.

L'importance de cette préoccupation de l'hypnotiseur, la grande place qu'elle peut occuper dans l'esprit de l'hystérique soumise à ce genre de traitement nous est encore indiquée par une exagération de cette influence somnambulique qui, quoique heureusement rare, constitue un danger. J'ai observé chez une malade, Me., âgée de 27 ans, un véritable délire déterminé par cette préoccupation. Me. présente, entre autres phénomènes hystériques, une hyperesthésie énorme du thorax en relation avec un état émotif particulier et surtout avec des idées fixes de phtisie dont la genèse bien curieuse sera étudiée dans le second volume de ces études sur les idées fixes. Elle présente un état hypnotique très incomplet qui m'a semblé suffisant cependant pour essayer de détruire cette idée fixe, chez elle, des plus graves. La malade est immédiatement soulagée, oublie ses idées hypocondriaques, ses impulsions au suicide qui en dépendaient et semble guérie par l'influence prise sur elle. Mais après la seconde séance elle commence à exprimer une autre idée fixe : elle se plaint de bavarder constamment avec moi, de me voir sans cesse, d'être poursuivie par mon action qui s'exerce à travers les murs, d'être observée constamment par moi à grande

distance, etc. En un mot elle bâtit sur les phénomènes ordinaires de l'influence une sorte de délire de persécution, qui heureusement a pu être rapidement arrêté, mais qui met bien en relief la préoccupation que nous venons d'étudier.

Cette pensée de l'hypnotiseur qui semble jouer un si grand rôle dans la période d'influence se manifeste encore dans quelques expériences qui viennent s'ajouter aux observations précédentes. On peut, au moyen de l'écriture automatique, connaître des pensées subconscientes dont le sujet ne se rend pas compte et, chez plusieurs sujets, en particulier chez Marguerite et chez Qe., j'ai constaté que, pendant la période d'influence somnambulique, l'idée fixe subconsciente est en réalité l'idée de l'hypnotiseur. Si Qe., même seule, laisse sa main griffonner sur le papier, elle voit avec étonnement qu'elle a sans cesse écrit mon nom ou quelque recommandation que je lui ai faite. J'ai eu l'occasion de constater le même fait d'une autre manière peut-être plus curieuse. On connaît les hallucinations visuelles que fait naître chez quelques sujets la fixation prolongée d'une boule de verre [1]. Ce phénomène, que les écrivains anglais désignent sous le nom de « crystal-gazing » ou « crystal-vision », est en réalité un fait analogue à l'écriture automatique qui met en jour, cette fois sous forme d'hallucinations visuelles, des souvenirs, des rêves ou des idées subconscientes. Un jour, après un somnambulisme, j'ai demandé à Marguerite de fixer quelque temps son attention sur la boule de verre. Si je la laisse regarder en évitant de lui rien suggérer, elle ne tarde pas à voir ma figure dans cette boule. Ce fait ne nous surprend pas, puisque nous savons que ces personnes ont souvent l'hallucination de leur hypnotiseur pendant la période d'influence. On peut craindre que dans ces faits l'expérimentateur n'ait à son insu dirigé la pensée du sujet quoique je les ai observés à plusieurs reprises sans les avoir prévus. En tous cas ces expériences viennent seulement s'ajouter à tous les faits d'observation précédents.

Il me semble donc évident que cette période d'influence est caractérisée par un fait important, c'est la persistance de la pensée de l'hypnotiseur. Tantôt cette idée est consciente et obsède l'esprit du sujet, tantôt elle est subconsciente et ne se manifeste

1. Voir dans le chapitre XI, « la vision dans les miroirs. »

que de temps en temps par des mouvements automatiques ou par des hallucinations.

### 6. — *Influence de cette pensée.*

Je crois que cette pensée persistante de l'hypnotiseur joue un grand rôle dans les phénomènes qui caractérisent la période d'influence somnambulique et en particulier dans la disparition des accidents et dans le développement intellectuel que l'on constate à ce moment; plusieurs remarques peuvent le démontrer.

Certains sujets ne présentent jamais cette affection spéciale pour leur hypnotiseur, ce sont surtout ceux qui sont endormis fréquemment par plusieurs personnes différentes. Les magnétiseurs avaient déjà observé le mauvais effet de ces changements de directeurs[1]. Je remarque seulement que le sujet devient en quelque sorte banal, obéissant sur le moment à celui qui l'endort et ne s'en préoccupant guère ensuite. Eh bien, de tels sujets, comme Camille, ne présentent point les deux périodes si marquées que nous avons décrites ; ils n'ont ni le bien-être de la première période ni le besoin pressant qui caractérise la seconde. Il faut ajouter que le somnambulisme n'a plus guère chez eux aucune influence thérapeutique. Sans doute, on peut quelquefois par une seule suggestion faite pendant un état hypnotique momentané faire disparaître, au moins pour quelque temps, un petit accident hystérique dont la durée n'a pas encore été longue, une chorée ou une contracture récente. Mais pour ma part je n'ai pas vu guérir des accidents hystériques graves et de longue durée sans une éducation du sujet dans laquelle ces phénomènes d'influence occupent une place prépondérante et les sujets qui ne présentaient pas ces phénomènes d'influence ne parvenaient pas à se transformer profondément.

Chez d'autres sujets, ce sentiment spécial ne se développe que d'une manière incomplète. Les malades sont non seulement effrayées, mais humiliées de cette prise de possession de leur esprit. Renée est furieuse de constater qu'elle pense à moi toute la journée, elle trouve cela ridicule, cache cette idée autant que possible et lutte constamment contre cette domination. Il en ré-

1. Deleuze, *Instruction pratique sur le magnétisme animal*, 1825, p. 109.

sulte un état d'esprit très bizarre et que j'ai noté chez quelques-unes, quoique assez rarement ; elles obéissent malgré elles et se débarrassent du joug le plus tôt possible. Chez ces malades la période d'influence ne dure guère et n'a jamais les caractères précédents.

Cette lutte contre la pensée de l'hypnotiseur est particulièrement intéressante quand un sujet longtemps endormi par une personne passe tout d'un coup entre les mains d'une autre. Les pensées des deux hypnotiseurs alternent, s'opposent ou se combinent. Mais pendant cette période de transition le sujet est malheureux et souvent fort malade et ne retrouve le calme et la santé qu'au moment où la pensée du second maître a complètement effacé celle du premier. Il est curieux de voir chez ces sujets comme chez les précédents, chez ceux en un mot qui pour une raison ou pour une autre ne conservent pas la préoccupation dé l'hypnotiseur, les somnambulismes provoqués rester inutiles, n'être suivis d'aucun développement de la sensibilité ni de la mémoire, n'amener aucune satisfaction et ne déterminer aucun besoin. Cette remarque nous montre bien que ce n'est pas uniquement le phénomène physique du sommeil, la perturbation nerveuse de l'hypnotisme qui détermine ces changements et ces phases. C'est une certaine pensée à propos d'une personne particulière qui envahit l'esprit du sujet et qui dirige cet esprit.

Même chez les malades les plus dociles, comme on vient de le voir, la période d'influence se termine spontanément au bout de quelques jours ou de quelques semaines ; eh bien, je remarque à ce moment une disparition ou une modification caractéristique dans le sentiment que le sujet gardait pour son hypnotiseur. En apparence les malades pensent encore beaucoup à lui puisqu'ils le réclament tout le temps et n'ont qu'un désir, c'est celui de se faire endormir de nouveau par lui ; mais cette pensée n'est plus bienfaisante, elle n'arrête plus les attaques, ni les souffrances, ni les idées fixes. C'est que cette pensée a perdu ses caractères distinctifs : elle n'est plus automatique et puissante, comme elle était précédemment.

En premier lieu, cette pensée de l'hypnotiseur n'éveille plus les sentiments. Voici une remarque que m'ont bien souvent communiquée les parents des malades : « Pendant les premiers jours, cette personne vous craignait et vous aimait à la fois d'une ma-

nière étonnante, puis elle est devenue indifférente. » Toute cette vénération filiale que j'ai décrite a disparu comme par enchantement. Au contraire les malades seraient plutôt disposés à se plaindre d'être abandonnés, négligés, ils se mettent en colère et accablent de reproches celui qu'ils comparaient au bon Dieu ; et, enfin, quand ils viennent retrouver leur hypnotiseur ils lui témoignent en arrivant une grande mauvaise humeur. Marguerite arrive toujours en disant que je suis cause des maux dont elle souffre depuis quelques jours et en déclarant qu'elle vient pour la dernière fois.

Il faut noter une modification intéressante des sentiments que nous retrouverons tout à l'heure chez d'autres malades. Les sujets qui précédemment étaient sans cesse accompagnés, surveillés par leur directeur se sentent isolés, sans appui, sans compagnon. « Oh! c'est mal de m'avoir abandonné comme cela, de me laisser *seul,* dit Vel., je suis inévitablement perdu, si vous ne me soutenez pas. » « Je me suis sentie comme *seule,* dit Me., sans savoir à qui penser et alors je me suis désespérée et j'ai de nouveau perdu la tête. » J'insiste sur cette expression « seul » que répètent tous les malades et sur les graves confusions mentales, que cet abandon singulier peut déterminer.

Si la pensée de l'hypnotiseur ne détermine plus de sentiments, elle n'a pas non plus d'influence sur les actes, le sujet n'est plus arrêté par la pensée qu'il désobéit, il n'a plus ni mouvements, ni paroles involontaires en rapport avec cette pensée. C'est à ce signe que quelques sujets, comme Marguerite, reconnaissent que je suis parti, qu'ils sont de nouveau tout seuls et abandonnés. Enfin, nous n'observons plus les rêves, ni les hallucinations auditives ou visuelles de la période précédente et l'expérience sur ce point est encore d'accord avec l'observation. Si on essaie de nouveau de provoquer chez Marguerite la « crystal-vision » quand elle revient pour être endormie au bout de six semaines, ou bien l'on n'obtient aucune hallucination, ou bien des hallucinations variées en rapport avec des rêves ou des souvenirs, mais on ne voit plus survenir cette hallucination si régulière de l'hypnotiseur, comme cela avait lieu dans la première période[1].

Et bien, à ce moment où la pensée de l'hypnotiseur a ainsi changé

1. J'ai déjà communiqué cette observation sur la « Crystal vision » au Congrès psychologique de Londres, en 1892.

de caractère, tous les accidents, toutes les idées fixes réapparaissent, les anesthésies, les amnésies continues, les aboulies et même les confusions de la passion somnambulique se développent. Sans doute, le sujet conserve un souvenir froid et banal du médecin qui l'a beaucoup soulagé et chez qui il veut revenir le plus vite possible pour obtenir un soulagement semblable. Ce désir prend une forme très vive, très angoissante, à cause du caractère des malades qui ne peuvent contenir leurs passions et chez qui tout devient extrême. Mais cette passion somnambulique n'est plus déterminée par une action spéciale de l'hypnotiseur sur le sujet, elle est due à la cessation de cette influence. Ici encore je ne peux m'empêcher de comparer ces phénomènes à ceux que fait naître la morphinomanie : le besoin de morphine qui suit la période de satisfaction est tout justement dû à l'absence du poison, à sa disparition d'un organisme qui a besoin de cette excitation anormale.

Il résulte de ces remarques qu'une certaine pensée relative à la personne qui a déterminé le somnambulisme, pensée qui fait naître des sentiments spéciaux et qui a des caractères particuliers, non seulement accompagne la période d'influence, mais disparaît avec elle. Cette période est d'autant plus marquée que cette pensée est plus puissante. Il semble donc que cette idée de l'hypnotiseur joue un rôle considérable, qu'elle dirige la conduite du sujet, exerce une action inhibitoire sur ses idées fixes, excite son activité et par là même détermine indirectement l'amélioration de la santé, le développement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté qui semble caractériser cette période.

Je crois même que ces phénomènes jouent un rôle considérable dans la suggestion elle-même. Quand j'ai étudié les phénomènes de la suggestion, je ne me suis guère préoccupé que des conditions générales qui rendent tel individu suggestible ; la faiblesse de la synthèse mentale, le rétrécissement du champ de la conscience jouent sans doute le principal rôle. Mais il est certain que, sauf chez quelques sujets très malades qui sont suggestionnés par n'importe qui, la plupart n'obéissent de cette manière qu'à une certaine personne et en particulier à celle qui les a fréquemment hypnotisés. Ajoutons même que, en dehors de certains cas particuliers, cette influence n'est pas éternelle, qu'elle existe surtout après les hypnotismes. Marguerite, Justine, Pk., B., etc., sont immédiatement transformées par une de mes paroles, elles voient ou entendent tout ce que je leur dis de voir ou d'entendre, il est bien évident

qu'elles ne pourraient pas vivre dans la société si elles se comportaient de cette manière avec tout le monde. Ce développement rapide de la suggestion n'est chez elles qu'une manifestation de l'influence somnambulique. Les paroles que je prononce vont éveiller immédiatement tous ces sentiments et ces idées latentes que le sujet avait pour son hypnotiseur. Non seulement il n'y a aucune résistance, mais il y a un acquiescement tacite qui facilite singulièrement le développement automatique des images. Ce n'est donc pas uniquement la suggestion qui détermine tous les phénomènes de l'influence somnambulique, ce serait au contraire, dans bien des cas, cette influence, cette domination de l'hypnotiseur qui déterminerait la suggestion elle-même.

## 7. — *Le besoin de direction chez les douteurs.*

S'il en est ainsi le problème est simplement reculé, car cette persistance de la pensée de l'hypnotiseur, la puissance de cette pensée, la soumission absolue du malade pendant un certain temps, puis la disparition complète de ces phénomènes et la souffrance du sujet qui regrette son esclavage, sont des faits psychologiques assez étranges. Peut-on les expliquer en les comparant immédiatement et sans intermédiaires avec certains sentiments normaux qui produisent en apparence des phénomènes analogues. L'amour, en particulier, peut nous faire penser constamment à une personne et nous faire désirer ardemment son retour. Ces phénomènes sont-ils tout simplement des manifestations de la passion amoureuse ? C'est là une question délicate sans doute, mais qu'il ne nous semble pas possible d'éluder.

Comme je l'ai déjà remarqué autrefois, « les malades que l'on hypnotise peuvent avoir des sentiments de ce genre et même, il faut en convenir, il leur arrive quelquefois de donner à cette passion spéciale dont nous parlons une expression banale qui rappelle celle des sentiments amoureux. Cela me semble bien naturel, d'abord parce que le sentiment de l'amour, qui est très complexe, renferme quelquefois des phénomènes analogues à ceux-ci et ensuite parce qu'il n'y a pas beaucoup de manières d'exprimer un attachement vif pour une autre personne, surtout quand

elle est d'un sexe différent[1]. » Il y a donc évidemment une certaine analogie entre ces phénomènes.

Mais il faut aussi remarquer les différences. En premier lieu ce n'est là qu'une expression de l'influence somnambulique parmi beaucoup d'autres. Certains sujets, comme on l'a vu, transforment leur attachement en sentiment filial, en sentiment de respect, de terreur superstitieuse, ou même en sentiment maternel. Il y a même des cas, rares, il est vrai, où les phénomènes essentiels de cette influence subsistent seuls sans faire naître aucun sentiment affectueux. J'ai connu une somnambule qui, pour un prétexte futile, m'avait pris en horreur et qui n'avait même pas pour moi le sentiment le plus banal de sympathie. Elle ne pouvait cependant se passer de moi et régulièrement était obligée malgré elle de revenir me chercher. Il n'y avait chez elle que le seul sentiment de la peur, mais cette peur lui était indispensable pour arriver à vivre d'une façon régulière. Peut-on dire que le phénomène de l'influence somnambulique se confond avec tous ces sentiments divers ?

D'autre part on peut, dans certains cas, distinguer chez le même sujet l'influence somnambulique et la passion amoureuse proprement dite. J'ai déjà raconté comment j'ai constaté que certaines malades, en apparence très passionnées pour leur hypnotiseur, avaient d'autre part un sentiment non moins vif pour un amant et qu'elles se préoccupaient également de leurs rendez-vous galants et de leurs séances somnambuliques. Les deux sentiments évoluaient l'un près de l'autre sans se confondre.

Enfin, ne faut-il pas reconnaître que ce sont là des affections bien bizarres ? Voilà de singulières amours qui se développent régulièrement et à heure fixe chez tant de malades si différents les uns des autres, chez les personnes âgées comme chez les jeunes, chez les hommes comme chez les femmes. Ces sentiments développés si rapidement disparaissent périodiquement, pour réapparaître ensuite à volonté. Si l'on veut absolument faire rentrer ces phénomènes dans le groupe des sentiments affectueux, il faut au moins avouer que ce sont des amours d'une espèce toute particulière.

Peut-être pourrait-on comprendre un peu mieux les faits

1. *Stigmates mentaux des hystériques*, 1893, 159.

observés chez les hystériques hypnotisés, en les rapprochant d'autres faits moins complets présentés par d'autres malades. Si nous observons les personnes atteintes de ces variétés de délire désignées sous le nom de délire du doute, délire du contact, folie du scrupule, obsessions, etc., que j'ai souvent réunis sous le nom de *psychasthéniques*, nous allons trouver chez elles un fait tout à fait analogue à l'influence somnambulique, quoique l'on ne provoque pas chez elles le sommeil hypnotique proprement dit et quoique l'on ne détermine pas chez eux de véritables modifications de la sensibilité. Legrand du Saulle avait déjà remarqué le bonheur singulier que ces malades éprouvent, quand ils font une visite à leur médecin ; ils lui posent chaque fois les mêmes questions, ils reçoivent les mêmes réponses et s'en vont satisfaits. D..., atteinte de folie du scrupule, me demande si réellement elle est très méchante, si tout ce qu'elle fait est mal, je lui certifie qu'il n'en est rien et elle s'en va contente. Ls... vient me voir pour me dire qu'elle a consacré ses enfants au démon et me demander si ce vœu va être pris au sérieux et s'il est dangereux pour ses pauvres enfants; je lui cause du diable et des pactes ridicules et elle est rassurée. Qes... rêve à tuer sa mère et craint d'exécuter un jour cet affreux rêve, il faut lui prouver que cette idée ne se développera pas davantage et elle s'en va satisfaite, etc., etc. Tous ces malades, après avoir avoué leur délire, l'avoir entendu contredire, avoir été sévèrement grondés, sortent tout transformés. Quelques-uns comme Ls..., par exemple, sont fatigués, énervés un jour ou deux, comme les malades hypnotisés. Cette courte période traversée, ils ont recouvré la volonté et l'attention, ils sont débarrassés de leurs préoccupations, ils sont heureux. Mais ce bonheur est passager : bientôt, après un temps variable, les obsessions et les angoisses reviennent et des troubles absolument analogues à la passion somnambulique des hystériques se développent. Le malade ne peut plus résister et il revient se faire consoler et gronder par son médecin.

Beaucoup de ces psychasthéniques ne se rendent pas compte de leur maladie et ne s'adressent pas au médecin, mais ils trouvent cependant une personne à qui ils confient la direction de leur esprit. Bk., âgée de 20 ans, fille d'un père alcoolique et épileptique, ayant déjà des attaques et des contractures hystériques, va voir un jour l'aumônier d'un hôpital et en reçoit quelques admonestations et quelques bons conseils. Elle se sent heureuse

et mieux portante, aussi retourne-t-elle chez l'aumônier à qui elle demande conseil pour ses moindres actions. Elle va le voir tous les jours sans que ses parents, qui trouvent ces visites si fréquentes fort suspectes, puissent parvenir à les réduire. Depuis le jour où elle a vu ce prêtre elle n'a plus aucun accident et il ne l'a certainement ni hypnotisée ni suggestionnée. Ne..., jeune femme de 30 ans, vit avec un homme qu'elle déteste et ne peut se décider à le quitter pour en épouser un autre qu'elle aime beaucoup. C'est que cet amant qu'elle n'aime pas lui est indispensable pour la débarrasser de doutes et de scrupules; il la domine tellement qu'elle répète toute la journée, à la façon d'un tic du langage, des jurons et des obscénités qu'il a dit devant elle. Il n'a jamais essayé de l'endormir et d'ailleurs je crois la malade difficilement hypnotisable. Ces deux malades conservent la pensée constante de leur directeur improvisé et ne font rien sans penser à lui. Ne... est arrêtée par la pensée de son amant quand elle veut se rapprocher de celui qu'elle préfèrerait, exactement comme une hystérique hypnotisée.

Quelquefois, ces malades qui ont tellement besoin d'une affirmation étrangère tourmentent un de leurs proches pour obtenir cette direction jusqu'à lui rendre la vie insupportable. C'est à sa sœur que Ls... demandait si ses enfants seraient damnés et elle la poursuivait de ses questions fatigantes. Bu..., un homme de quarante-cinq ans, craint à chaque moment pour sa vie et il n'est rassuré que si sa femme lui assure qu'il n'y a aucun danger: aussi ne peut-il faire un pas sans avoir sa femme auprès de lui; il faut qu'elle l'accompagne même quand il va aux cabinets. Quand dans une même famille ou dans un même milieu se trouvent deux malades semblables, ils se disputent les soins d'une certaine personne; ils veulent tous les deux que cette personne s'occupe constamment et uniquement d'eux; de là des luttes et des jalousies extraordinaires dont j'ai vu bien des exemples. Ces jalousies sont absolument comparables à celles qui se développent d'une manière si intense chez les somnambules quand leur hypnotiseur se permet d'endormir également une autre personne.

Pour obtenir cette assurance, cette direction, il n'est pas d'efforts que ne fassent les malades, de situations pénibles auxquelles ils ne consentent à se soumettre. Am..., une femme actuellement âgée de 58 ans, est enfermée depuis trente ans dans le service de M. Jules Falret, à la Salpêtrière et elle est enfermée

volontairement. Elle a peur de faire du mal, de faire des sottises, quoiqu'elle ait toujours eu une conduite parfaitement raisonnable et elle est venue autrefois demander à Legrand du Saulle de l'enfermer. Sur son refus elle « a fait la folle » jusqu'à réussir dans son projet d'entrer à la Salpètrière. Dans le service, elle a toujours mené une existence parfaitement correcte, mais pour rien au monde elle ne consentirait à sortir. C'est toute une affaire de lui faire accepter un jour ou deux de sortie : si le congé était plus long elle commettrait des actes absurdes et délirerait pour rentrer. Il faut qu'elle voie des grilles, qu'elle sente des infirmières auprès d'elle « pour la protéger contre elle-même ». Qes..., âgée de de vingt-deux ans, commence en ce moment une destinée pareille : lorsqu'elle habite chez ses parents elle est tourmentée par toutes les impulsions les plus terribles à l'homicide et au suicide, elle ne comprend plus rien et délire presque complètement. Est-elle amenée à la Salpètrière, sans aucun hypnotisme elle devient parfaitement raisonnable. « Ici, je sais bien qu'on ne me laissera pas faire de sottises, je n'y pense plus, je dors tranquille et je suis heureuse ; *j'ai besoin d'une règle, d'une domination.* » Si elle sort de l'hôpital, le délire recommence au bout de quelques jours. Cette pauvre jeune fille, quoique d'un milieu assez délicat, se trouve heureuse de la captivité au milieu d'une salle d'épileptiques pour échapper au supplice d'être libre et d'avoir peur d'elle-même.

En un mot nous voyons ici des faits fort nombreux qui semblent comparables à ceux de l'influence somnambulique. Ici encore nous voyons une affirmation, un commandement étranger rendre aux malades le calme de l'esprit pour un certain temps qui malheureusement est souvent trop court, puis nous voyons croître démesurément ce besoin de domination, les deux faits semblent s'éclairer l'un l'autre et dépendre au fond d'une même cause.

### 8. — *La maladie de l'isolement.*

Si le besoin d'affirmation qui caractérise les douteurs et la satisfaction qu'ils éprouvent quand ils sentent une direction m'a semblé comparable à la phase d'influence somnambulique, il existe, à mon avis, un autre état mental, qui constitue une variété pathologique intéressante et qui me paraît devoir être rapproché de l'autre

phase étudiée précédemment, c'est-à-dire de la passion ou de la manie somnambulique. Cette maladie bien souvent observée est d'ordinaire confondue, soit avec le délire érotique, soit avec les idées fixes de regret, soit avec la confusion mentale. Il me paraît cependant utile, si l'on considère leurs caractères psychologiques, leur pathogénie et même leur thérapeutique, de former de ces cas un groupe unique et distinct sous le nom de maladie de la solitude ou maladie de l'isolement. Considérons quelques cas pris parmi beaucoup d'autres que j'ai pu observer, il sera facile ensuite de les résumer en établissant ce rapprochement.

Obs., jeune femme de 28 ans, père ataxique, mère bizarre exaltée, trois aliénés dans la famille de la mère. Elle fut très déséquilibrée dans sa jeunesse, essaya deux fois de se tuer, fit un mariage absurde contre le gré de ses parents, puis se sépara de son mari et obtint le divorce. A l'âge de 24 ans, elle finit par rencontrer un amant qui s'intéressa à son esprit bizarre et sut le diriger avec fermeté. Pendant quatre ans elle vécut avec lui de la manière la plus normale sans présenter aucun trouble mental ni aucun accident hystérique. Mais, il y a six mois, cet amant l'a quittée et lui a conseillé de rentrer dans sa famille. Malgré ses fautes, elle n'a pas été trop mal reçue et n'a pas de préoccupations matérielles.

Sa vie cependant est complètement transformée : elle n'est plus capable de faire aucun travail, aucune action raisonnable, elle ne peut se décider à rien. Cependant elle ne reste pas immobile ; mais sort, va, vient, s'agite continuellement, sans savoir ce qu'elle veut faire et sans arriver à rien. Au contraire, il lui semble que si elle désire une action elle fait précisément le contraire ; aussi a-t-elle l'air absolument déséquilibré et contradictoire. Peu à peu les choses s'aggravent, car elle ne peut plus ni manger, ni dormir, elle pleure, crie ou rit à tort et à travers, ne se souvient plus de rien, et commence à ne plus comprendre ce qu'on lui dit.

La seule pensée nette qu'elle conserve, c'est celle de son amant qu'elle croit voir devant elle, qu'elle appelle jour et nuit. En somme : aucun stigmate hystérique, mais désordre des actions, aboulie énorme, amnésie continue et idée fixe obsédante de l'amant.

Le cas de Bs. étant absolument semblable peut se résumer en deux mots. Il s'agit d'un homme de 40 ans qui, pendant cinq ans, a été dirigé par sa maîtresse, celle-ci a pris sur son esprit un ascendant énorme et a réussi à le faire travailler. Depuis leur sépara-

tion Bs. ne fait plus que gémir et l'appeler en hurlant, il ne mange plus, ne dort plus et essaie de se tuer.

Dans le cas de Pv., les troubles mentaux sont encore plus accusés. Il s'agit d'une femme de 36 ans, fille d'une mère hystérique. Elle a présenté dans sa jeunesse des attaques et toutes sortes d'accidents hystériques ; tout a disparu de 25 à 32 ans pendant qu'elle a vécu avec un amant. A l'âge de 32 ans elle fut abandonnée par celui-ci et tomba dans un violent désespoir. Elle devint exigeante, insupportable, entra sans raison dans des crises de colère terribles. Peu à peu elle devint incapable de faire son travail, perdit la mémoire et l'intelligence. Elle reste maintenant des heures entières debout, immobile, le regard fixe, elle ne s'intéresse plus à rien et ne paraît plus comprendre ce qu'on lui dit. C'est ici, non une mélancolie véritable, mais un état de confusion mentale presque permanent.

Ces trois cas se rapprochent par un trait commun, c'est qu'il s'agit du regret d'un amant ou d'une maîtresse et que par conséquent on peut plus ou moins les rapprocher des délires érotiques. Voici deux autres cas où cet élément érotique, bien qu'il existe encore, semble plus réduit.

Zy., jeune fille de 23 ans, sans antécédents héréditaires bien nets, mais d'un caractère faible et très émotive, n'a présenté aucun accident sérieux jusqu'à l'année dernière. A cette époque elle fut fort affectée par le départ d'une religieuse qui dirigeait l'ouvroir où elle allait souvent travailler. Elle entreprit des démarches bizarres auprès des autorités ecclésiastiques pour faire revenir à Paris cette religieuse partie dans une ville de province. Quand elle fut bien convaincue de l'inutilité de ses démarches, elle entra dans un violent désespoir, refusa de manger, de se coucher, essaya de se tuer et ne tarda pas à délirer. Elle pleure et crie constamment, a de violentes attaques d'hystérie dans lesquelles elle voit cette religieuse et la presse dans ses bras. Ces crises se reproduisent cinq ou six fois par jour. La malade n'a encore aucune anesthésie permanente, mais la mémoire diminue et toute activité disparaît.

Zy. semble bien actuellement avoir un délire érotique, elle veut même se sauver dans la rue et s'offrir aux passants, mais ce délire est évidemment surajouté. Il semble bien qu'il n'y ait eu aucune excitation génitale au moment où cette religieuse dirigeait son esprit. Celle-ci fort âgée et au-dessus de tout soupçon se bornait à faire travailler la jeune fille, s'occupait d'elle, la dirigeait et la

grondait. Il semble que ce soit une sorte d'interprétation délirante qui ait donné à cet amour un aspect nouveau. « Il faut, dit la malade, que quelqu'un s'occupe de moi, s'intéresse à moi, n'importe comment. »

Il est inutile d'insister sur l'observation de Viz. qui semble copiée mot à mot sur la précédente. Cette jeune fille de 16 ans a été fort mal élevée dans son enfance par une mère atteinte d'hystérie grave. Elle ne trouva la paix et le bonheur que dans une pension où elle entre à l'âge de 9 ans. Là, elle se met particulièrement sous la tutelle d'une maîtresse qui prit le plus grand ascendant sur son esprit et faisait d'elle ce qu'elle voulait. L'enfant « ne vivait que pour attendre le moment où elle verrait cette maîtresse ». Ici je n'ose affirmer qu'il n'y eut pas des caresses imprudentes qui exaltèrent une sensibilité très délicate. Quand il fallut quitter cette pension à l'âge de 12 ans, ce fut un désespoir terrible qui amena bientôt des crises d'hystérie. Dans ces crises, Viz. voit sa maîtresse de pension, l'appelle, la caresse. Dans l'intervalle des crises elle refuse de manger et essaye de se tuer. Depuis quelques mois, les choses se compliquent par des tendances plus nettement érotiques. La malade veut courir après les jeunes gens pour trouver, dit-elle, quelqu'un qui remplace sa maîtresse. Elle présente à un degré faible les stigmates de l'hystérie mais surtout beaucoup de troubles de la volonté et un certain degré de confusion mentale.

Dans les observations suivantes, l'érotisme fait encore plus complétement défaut et cependant tous les phénomènes restent semblables.

Qb., une femme de 44 ans, quoique d'une famille en apparence normale, a toujours été disposée à des troubles psychasthéniques voisins de l'hystérie; mais la disparition et la réapparition de ces symptômes surviennent toujours dans des circonstances de sa vie qu'il est curieux de noter. Vers 20 ans elle s'ennuie dans sa famille, souffre de faiblesses, de fatigues, de maux de tête et ne marche plus qu'avec difficulté. Tout disparaît quand elle se marie à 21 ans. A 30 ans elle perd son mari et les accidents qui avaient disparu recommencent, tremblements, étouffements, souffrances dans la tête au moindre bruit. Ces troubles s'amendent peu à peu et elle s'habitue à vivre avec son fils qui devient son seul soutien. Qb. se portait assez bien depuis plusieurs années, quand il y a deux ans son fils fut obligé de partir pour faire son service militaire. A ce moment, nouvelle rechute excessivement grave, car à tous les troubles précédents

s'ajoutent les altérations de la perception qui montrent une grande diminution de la synthèse mentale : « Je ne me reconnais plus dans la rue, il me semble que tout est changé, on dirait que c'est une ville nouvelle ou une ville que je n'aie pas vue depuis très longtemps. » Il faut qu'elle se fasse conduire dans son quartier habituel car elle se perd complètement. Enfin l'amnésie continue devient presque complète comme dans les cas étudiés dans un chapitre précédent. En effet, comme dans le cas de M^me^ D., les souvenirs des événements récents disparaissent et ne réapparaissent qu'au bout d'un certain temps, dix ou quinze jours. Il suffit d'une visite du fils, ou même d'une lettre pour diminuer énormément tous ces symptômes.

Ici encore la seconde observation est très rapprochée de la première : Vo. une femme âgée de 49 ans, fille d'une mère très nerveuse et elle-même toujours très impressionnable, présente depuis un an les symptômes d'une maladie bien connue. C'est, au premier aspect, une agoraphobe, remplie de terreur dès qu'elle sort de sa chambre, obligée de regarder ses pieds pour marcher, de suivre les gens, de toucher les murs, éprouvant des vertiges dès qu'elle traverse une place, etc. A ce syndrome s'ajoutent un état émotif persistant, des tristesses, des craintes chimériques, une grande instabilité de sentiments et d'idées, une indécision perpétuelle et un certain nombre de phénomènes hystériques, petites attaques, spasmes de la déglutition, météorisme abdominal, léger rétrécissement du champ visuel, etc.

Ce qui est intéressant, c'est l'évolution psychologique de ces accidents qui est assez facile à suivre. Cette femme avait perdu son mari il y a quelques années, elle restait avec deux filles et un fils. Le mariage des deux filles ne troubla pas trop la mère, mais le fils s'est marié l'année dernière laissant Vo. absolument seule. Celle-ci présenta bientôt quelques troubles de caractère, détesta sa bru et se montra insupportable avec elle, bientôt elle se désespéra de sa solitude, trouvant que toute action devenait difficile à décider quand elle était seule « tandis que tout serait facile si elle pouvait en causer à quelqu'un. » L'agoraphobie n'est que l'expression de cette indécision causée par l'isolement. « Je marche très bien dès que quelqu'un est avec moi, je marcherais même très bien si je savais quelqu'un à la maison. » Il doit en être souvent ainsi pour les agoraphobes, chez lesquels ce langage est assez habituel et cette maladie malgré son apparence plus

précise et plus distincte n'est encore qu'un cas de la maladie de l'isolement.

En dehors de ces cas précis où tous les accidents des malades sont nettement en rapport avec l'isolement et commencent avec lui, on observe dans une foule d'autres cas ce rôle de l'isolement comme facteur important dans les psychoses et en particulier dans les formes graves de l'aboulie. C'est la maladie des belles-mères et des veuves, c'est la maladie des jeunes femmes moralement délaissées par leurs maris, c'est la maladie des jeunes gens séparés de leurs parents ou de leurs amis. J'ai recueilli une dizaine d'observations de jeunes femmes tourmentées par des idées fixes, atteintes de folie du doute, d'hypocondrie, d'accidents hystériques parce que leur mari n'a pas su ou pu prendre la direction qui était indispensable à leur esprit. Ce sont des personnes qui depuis longtemps ressentent une horreur instinctive de la solitude, et font des efforts désespérés pour retenir quelqu'un auprès d'elles.

L'observation de Qe., jeune femme hystérique de 23 ans, serait à ce point de vue très curieuse à étudier. Elle tombe malade, commence des accidents hystériques, parce que son mari est obligé d'aller travailler loin d'elle et la quitte plusieurs jours par semaine. Par suite de circonstances assez romanesques elle est pendant quelque temps complètement séparée du mari. « Je me sentais seule comme dans un grand vide, comme si le monde n'avait pas existé ; je n'avais plus qu'une vie machinale, je rêvais tout éveillée, j'étais comme une somnambule, comme grise. » Quand elle prend un amant, tout à fait au hasard d'ailleurs, je ne crains pas d'affirmer une chose bizarre, c'est qu'elle a cédé non au besoin physique, mais au besoin moral d'avoir quelqu'un auprès d'elle et d'obéir à quelqu'un. Les accidents, en effet, et les stigmates disparaissent immédiatement, dès qu'elle n'est plus seule. On verra bien d'autres exemples de ce besoin dans les études cliniques qui forment le second volume de cet ouvrage.

La plus grande difficulté que présente l'interprétation de ces observations et que la dernière met bien en relief, c'est de distinguer ces phénomènes de l'amour physique proprement dit. On est en effet assez disposé à expliquer ces malades en disant : « Ce sont des amoureux et il s'agit du délire de l'amour ». Si on se borne à considérer les choses d'une manière vague, cela est juste,

il s'agit dans tous ces cas d'une espèce d'amour ; mais il est essentiel de remarquer qu'il s'agit d'une espèce très particulière. Si l'on précise et si l'on parle de l'amour proprement dit qui est en rapport avec les fonctions génitales et les désirs érotiques, je crois que cette interprétation est complètement insuffisante.

Sans doute dans plusieurs de ces cas, dans les premiers surtout, des images et même des hallucinations érotiques jouent un grand rôle. Mais ce sont là des phénomènes en quelque sorte accessoires qui peuvent être totalement absents, comme on le voit dans les dernières observations. Quand les phénomènes érotiques se présentent ils dépendent d'une coïncidence, fréquente j'en conviens mais non nécessaire, qui résulte de ce fait que la personne qui dirige l'esprit est en même temps l'amant ou la maîtresse ; ou bien ils dépendent d'une association d'idées, d'une interprétation délirante, comme dans ces cas où des jeunes filles pour remplacer leur institutrice veulent se donner à un amant. Dans d'autres cas ces phénomènes résultent de singulières nécessités sociales : Qe. ne peut trouver le maître qu'elle cherche qu'en acceptant un amant. « C'est désolant, me disait une autre malade du même genre, j'étais seule après la mort de mon mari ; j'ai voulu trouver quelqu'un qui me comprît, qui s'occupât de moi ; j'ai voulu prendre M. X., puis mon cousin comme ami, et ils finissent toujours par vouloir m'épouser, ce que je ne veux pas. »

Un autre phénomène psychologique me paraît beaucoup plus important dans toutes ces observations, c'est que tous ces malades regrettent une volonté, une autorité qui les dirigeait et qu'ils se sentent isolés et abandonnés. « Ce qui me désespère, dit sans cesse Qbs., c'est que personne ne s'occupe de moi, ne me dit : où vas-tu ? que fais-tu ? ne me dit ce que je dois faire dans la journée. Je me sens si seule ! » « Plus d'amis, plus personne, hurle Bs., dire que personne ne songe à moi, ne m'attend. Seul ! seul !! seul !!! » Ce qui résulte de cet isolement, c'est toujours la même chose, l'incapacité d'agir, de se décider à quoi que ce soit, l'aboulie sous toutes ses formes avec tous les troubles de l'attention, de la perception, de la mémoire et quelquefois de la sensibilité qui s'y rattachent, en y ajoutant le regret et l'évocation perpétuelle de cette personne qui autrefois dirigeait la volonté.

Ces symptômes et surtout les conditions dans lesquelles ils se développent me semblent tout à fait comparables aux faits qui ont été observés au début de ce travail, après la cessation trop

brusque ou l'interruption trop prolongée des somnambulismes provoqués. Ce sont les mêmes souffrances, les mêmes symptômes psychologiques, les mêmes regrets, et quand les phénomènes s'exagèrent c'est la même confusion mentale qui se développe chez Ke. après cessation des somnambulismes et chez Pv. après le départ de son amant. Enfin c'est la même thérapeutique qui réussit dans les deux groupes de cas. Il est intéressant de remarquer que bien des malades par isolement que je viens de décrire ont été facilement guéris par la suggestion hypnotique, de même que bien des malades présentent au plus haut point la passion somnambulique, se sont guéris facilement et n'ont plus eu besoin d'hypnotisme quand ils ont trouvé d'une autre manière la direction qui leur était nécessaire. Marguerite, que j'ai présentée comme type de la passion somnambulique, n'a plus eu besoin d'hypnotisme après son mariage, Berthe a remplacé l'hypnotiseur par un amant, et Qb. ne vient plus à l'hôpital dès qu'on lui rend son fils.

Je crois donc pouvoir tirer une conclusion importante de ces deux études sur le besoin d'affirmation chez les douteurs et sur les maladies par isolement, c'est qu'il existe en dehors de l'hypnotisme et de la suggestion, chez des malades particuliers, bien entendu, des phénomènes psychologiques absolument comparables à ceux de l'influence somnambulique et de la passion somnambulique. Ce n'est donc pas le somnambulisme ni la suggestion qui déterminent ces faits, tout au plus leur donnent-ils une précision particulière et dans certains cas heureux une valeur thérapeutique plus grande. Il faut chercher la raison de ces modifications psychologiques dans un phénomème d'ordre plus général appartenant à la fois aux deux groupes de malades.

## 9. — *Le besoin de direction.*

Le caractère bien connu des douteurs, c'est précisément leur doute, leur indécision, leur aboulie dépendant d'une certaine insuffisance cérébrale, bien entendu. J'ai essayé de montrer comment ce trouble de la volonté jouait un rôle essentiel dans la plupart des accidents des hystériques, comme dans la formation et le développement des idées fixes chez les psychasthéniques. C'est cette insuffisance de la volonté qui me paraît essentielle et sur laquelle il faut insister.

Au premier abord ces malades semblent incapables de mettre à

exécution leurs résolutions, parce que celles-ci sont trop faibles. Ils semblent savoir ce qu'il faudrait faire, mais leur volonté est vacillante, incapable de résister à un désir, à une habitude, incapable de franchir le plus petit obstacle. Ce sont ces personnes qui pourraient justement dire : *video meliora proboque, deteriora sequor*. Cette faiblesse semble dépendre d'une indifférence, d'une absence totale d'émotions. Ce n'est pas tout à fait juste, comme j'ai essayé de le montrer, ces malades ont au contraire des émotions très vives[1], ce sont même souvent ces émotions trop vives et trop persistantes qui épuisent leur cerveau et diminuent leur volonté, ou qui s'opposent à leurs efforts volontaires. Mais il est vrai que ces émotions sont, si l'on peut ainsi dire, mal placées ; elles se répètent indéfiniment toujours les mêmes ou bien elles s'éveillent au hasard à propos de phénomènes insignifiants ou nuisibles. En réalité, comme l'avait remarqué justement M. Ribot, les émotions n'accompagnent guère la résolution volontaire que le malade semble avoir. De là ces efforts que fait l'aboulique pour augmenter, autant que possible, la force et le caractère émotionnant de son acte, de là cette manie des engagements d'honneur, des serments, des vœux, des pactes si fréquents et si singuliers chez ces malades et sur laquelle j'espère pouvoir écrire un jour une étude particulière. Mais, malgré leurs efforts, l'idée qui est voulue reste terne et impuissante et aucune résolution utile n'arrive à l'exécution.

Ce premier caractère de leur volonté dépend, à mon avis, étroitement d'un second phénomène. L'idée acceptée par le sujet, désirée même par lui, reste faible et ne se transforme pas en actes parce qu'elle est simple, étroite, composée de peu d'éléments psychologiques. Ces éléments, ces images ont encore leurs conditions dans le cerveau, ils pourraient être évoqués, mais ils ne le sont pas. L'esprit semble ne pouvoir synthétiser qu'un petit nombre de faits moraux, un nombre insuffisant pour faire masse et pour forcer la résistance des autres systèmes psychologiques. Ces malades semblent avoir pris une résolution ; mais c'est une résolution abstraite, ce n'est pas une décision concrète, précise, applicable immédiatement à la situation présente.

En réalité, les abouliques n'ont pas seulement des décisions faibles, ils n'ont souvent aucune décision et restent indéfiniment en

1. Un cas d'aboulie et d'idées fixes. *Revue philosophique*, 1891, I, 382.

présence d'une situation donnée, d'un problème sans penser la solution, sans former l'idée précise qui réunira les divers éléments qui sont donnés. Les actes les plus simples, comme de se lever, d'entrer ou de sortir, provoquent des hésitations et des délibérations pendant des heures ; à plus forte raison, les circonstances un peu difficiles qui demandent une décision grave troublent-elles ces malades au plus haut point. Je soigne en ce moment une jeune dame de trente ans, Vz., qui, depuis deux ans, reste couchée sans essayer une seule fois de se lever ; elle prétend souffrir horriblement du ventre et a déjà subi une première opération chirurgicale, sans que l'on ait pu trouver la cause de son mal. Cette cause la voici : il y a dix mois, un personnage qui avait été autrefois son amant est venu lui proposer de quitter son mari et son enfant pour reprendre avec lui les anciennes relations. Elle aime trop son mari et son enfant pour les quitter ; elle aime trop son amant pour renoncer à lui. Une petite indisposition lui a permis d'ajourner un peu la décision ; depuis elle n'ose plus guérir, ou plutôt elle n'ose plus vouloir guérir de peur d'avoir à choisir entre son mari et son amant. On ne se figure pas les troubles mentaux que peut déterminer une proposition de mariage, il y aurait à écrire toute une pathologie de la demande en mariage. J'ai recueilli une dizaine d'observations de jeunes filles et même de jeunes gens qui ont eu une foule d'accidents désignés sous le nom d'accidents neurasthéniques, hystériques, des cas même de confusion mentale complète, comme chez De..., uniquement déterminés par ce fait que le sujet ne savait pas s'il devait répondre « oui » ou « non » à la proposition qu'on lui faisait. Bien entendu, les troubles ne sont pas aussi forts quand les actions sont moins importantes, mais ils existent néanmoins toujours et ces hésitations rendent la vie de ces personnes insupportable.

Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, la loi fondamentale des maladies mentales sur lesquelles insistait tant Moreau (de Tours) et dont j'ai essayé bien souvent de montrer l'importance. Quand l'activité de synthèse, celle qui combine en une action nouvelle les éléments psychologiques et physiologiques, vient à diminuer, les phénomènes automatiques, résidus des activités anciennes qui les ont autrefois organisés, se développent démesurément. Non seulement le malade va être hésitant, mais il va être obsédé, tourmenté par des impulsions, des tics de mille espèces, il recommencera les attaques et les contractures.

On comprend donc que les abouliques désirent sortir de leur hésitation, ils souhaitent ardemment de prendre une résolution, mais ils ne peuvent pas le vouloir. Eh bien, ils vont demander à une autre personne de vouloir pour eux. Comment cela est-il possible et comment cette autre personne peut-elle rendre le service singulier qu'on lui demande ? C'est ce que nos études précédentes sur l'influence somnambulique vont nous permettre de comprendre, au moins en partie.

D'abord, dans le cas le plus simple, le directeur va simplement fortifier la résolution, l'idée que le malade avait déjà à peu près formulée. Il la fortifie en l'enrichissant, en y ajoutant par le fait même des circonstances dans lesquelles il se trouve placé des détails et des émotions qui lui faisaient défaut. Le confessionnal, la consultation, le titre sacerdotal ou médical, le commandement et surtout la fameuse ordonnance médicale, dont tant de railleries n'ont pu entamer la formidable autorité, rendent déjà de grands services. Mais il faut souvent que le directeur ajoute plus encore qu'il use de la menace, de l'ironie, de la caresse, de la prière, qu'il s'adresse à tous les sentiments qu'il sait exister encore dans le cœur du sujet et qu'il les éveille l'un après l'autre pour les forcer à faire cortège à l'idée chancelante. « Vous manquerez à des engagements qui maintenant sont publics, vous serez ridicule aux yeux de M. un tel, vous affligerez une personne que vous aimez, etc., etc. » Que de fois j'ai dû faire jouer tous ces ressorts de la rhétorique pour obtenir qu'une malade boive un verre d'eau, ou change de chemise comme s'il s'agissait d'obtenir les résolutions les plus graves ! L'idée grandit ainsi, repousse les impulsions et parvient à s'exécuter.

Déjà, dans ce premier cas, on voit que le directeur a dû grouper des idées dans l'esprit du malade et former de véritables systèmes de pensées : c'est ce qui est plus visible encore dans le second cas, le plus fréquent et le plus typique. La malade n'a en réalité aucune résolution dans une circonstance donnée, et il faut que le directeur fasse lui-même la synthèse que son sujet ne peut pas faire et lui impose la résolution toute faite. C'est là très souvent ce que les douteurs viennent demander à leur médecin, quand ils lui racontent leur vie et leurs incertitudes. « Faut-il me fâcher avec cette personne qui m'a regardée de travers ? — faut-il faire mon ménage ? — faut-il me marier ? — faut-il acheter une robe ! — faut-il recevoir mon amant ? etc. » Ce sont entre mille autres les questions

que m'ont posées les malades, questions que l'on ne peut déclarer insignifiantes, quand on les voit déterminer de telles souffrances et de tels délires. Peu leur importe la réponse; pourvu qu'elle soit nette et décisive, ils sont immédiatement soulagés. Il faut leur commander jusqu'aux moindres actions : ne faut-il pas commander à Lec... d'uriner et lui indiquer les heures, car elle oublie cette opération importante. On comprend maintenant le rôle du directeur et comment il doit en réalité vouloir pour les malades.

Quand il s'agit d'accidents hystériques chez des malades anesthésiques, le rôle du médecin prend un aspect un peu particulier mais ne change pas de nature. Il doit encourager le malade à remuer ses membres paralysés, à reprendre la disposition de ses souvenirs, et surtout à prendre conscience de ses sensations. C'est ce que j'ai décrit depuis longtemps, quand j'étudiais ces restaurations de l'état complet des hystériques, c'est ce que M. Jules Janet a répété et expliqué si souvent en 1888-89. J'expliquais cette opération en disant qu'il fallait élargir le champ de conscience, exciter et diriger l'attention. M. Jules Janet employait, comme plusieurs autres auteurs l'avaient déjà fait d'ailleurs, des termes qui me semblaient plus hypothétiques : il disait qu'il fallait réveiller les centres corticaux de la langue, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac chez une anorexique pour qu'elle puisse manger, qu'il fallait lui rendre la sensibilité de son cerveau pour qu'elle put retrouver ses souvenirs. Il est juste de dire que l'on réveille le cerveau, mais on le réveille en excitant des idées, en dirigeant les associations, en reconstruisant des émotions complexes qui mettent en jeu les images et les sensations. C'est toujours une influence étrangère qui dirige un travail mental que le sujet est devenu incapable de faire tout seul.

Ajoutez à cette opération, dans certains cas plus complexes, l'influence de l'hypnotisme qui permet d'atteindre les impulsions subconscientes que le malade est bien incapable de détruire, puisqu'il ne sait même plus les comprendre, la puissance de la suggestion qui permet d'inhiber ces systèmes d'images et de les dissocier, et l'on comprendra le service énorme rendu à l'aboulique. Cet individu, si l'on peut me permettre cette comparaison, ressemble à un roi trop faible dont la plupart des sujets sont en révolte continuelle et il est trop heureux de rencontrer une personne capable de commander aux révoltés. On peut s'expliquer

maintenant pourquoi, après une fatigue momentanée, déterminée par de telles séances, il se sent ensuite si bien portant et si heureux.

Pourquoi ce calme et ce bonheur continuent-ils pendant un certain temps après la visite du malade à son médecin ? Parce que les décisions qui ont été prises ont une certaine portée, parce qu'un certain nombre d'événements immédiats ont été prévus et préparés, et surtout parce que le malade rassuré, consolé, dispose mieux pendant quelque temps de son faible pouvoir de synthèse et n'encombre pas sa pensée d'une foule de rêves et de problèmes inutiles. Il faut aussi ajouter que l'impulsion donnée au cerveau, comme une sorte de mise en train, se conserve pendant un certain temps. Les éléments, les centres qui ont été associés, continuent à fonctionner ensemble et il ne s'engourdissent plus aussi vite, parce qu'ils ne sont plus isolés.

D'ailleurs le malade emporte avec lui un viatique, c'est le souvenir de la personne qui l'a déjà réconforté. Cette image persiste vivement en lui parce qu'elle l'a vivement impressionné, elle détermine chaque fois qu'elle apparaît une émotion utile, elle exhorte, elle menace, elle encourage. Quand des problèmes se posent, l'aboulique livré à lui-même ne saurait que conclure ; mais il se souvient assez de la conduite de son directeur pour savoir ce que celui-ci dirait dans tel ou tel cas, et cette idée se transforme en une hallucination des paroles de ce directeur. Ainsi l'impulsion donnée se conserve et permet pendant quelque temps au malheureux aboulique de suppléer à l'insuffisance de son activité cérébrale et de sa volonté.

Mais pourquoi donc le malade ne reste-t-il pas ainsi indéfiniment ? Pourquoi retombe-t-il fatalement au bout d'un temps plus ou moins long ? Les mécanismes divers de ces rechutes sont bien curieux, j'insisterai surtout sur l'un d'eux qui me paraît contenir un enseignement psychologique.

Marguerite présente au plus haut point les phénomènes de l'influence, elle vient d'être endormie et se porte fort bien, volonté, attention, mémoire, sensibilité, etc., sont au plus haut point. D'après mes observations antérieures, elle doit rester dans cet état à peu près trois semaines, un mois. Elle sort se promener avec un de ses cousins qui tombe dans la chaussée au moment où passe un omnibus ; elle le croit écrasé et est saisie de terreur.

Cependant Marguerite n'a pas d'attaque, se remet de son émotion et peut continuer sa promenade, mais tout son état mental est modifié. Elle ne se sent plus dirigée : « J'ai eu peur, me dit-elle, et crac, vous êtes parti, vous êtes disparu tout d'un coup, je me suis trouvée seule et désespérée ». L'hésitation est complète pour les moindres actions, elle n'a plus aucune décision, elle a perdu toutes les bonnes résolutions qui venaient d'être prises et n'accomplit plus aucune des actions qui avaient été décidées. L'attention est nulle et la perception difficile. « Il fait de nouveau nuit dans ma cervelle, je cherche à penser et je ne peux pas. » La mémoire est fortement troublée, il y a d'abord une petite amnésie rétrograde portant sur deux heures environ, supprimant le souvenir de la promenade et de la sortie de l'hôpital ; il y a en outre une amnésie continue, très incomplète, il est vrai, empêchant le malade de conserver des souvenirs précis des événements nouveaux. Enfin l'anesthésie a réapparu sur tout le côté droit, avec rétrécissement du champ visuel, syndrome de Lasègue, etc.

La même malade, dans une autre circonstance, se trouve également très bien après une des séances que je viens de décrire ; elle est « remontée », comme elle dit, et cette expression se comprend si on la rapproche de la figure précédente représentant les oscillations du niveau intellectuel chez M. La mère de Marguerite vient la voir au milieu de cette période d'influence et pour un motif quelconque la gronde. La malade se défend, se met en colère et tout est de nouveau perdu. « Je ne peux plus penser à vous, tout est dérangé. » On retrouve au plus haut degré tous les symptômes précédents.

Je prends ces deux exemples au hasard parmi un millier d'autres, car le fait est d'une banalité désespérante et il a dû frapper tous ceux qui ont essayé de « remonter » ces malades par une méthode quelconque. Il se produit en effet, et cela est peu encourageant, quelque soit le procédé employé, que l'on ait endormi ou non, que l'on ait détruit les idées fixes, que l'on ait provoqué suivant la méthode de M. Jules Janet, la restauration de toutes les sensibilités cutanées et viscérales, ou que l'on se soit tout simplement servi de suggestions ; le fait se produit chez les douteurs, les psychasthéniques qui n'ont pas de troubles de sensibilité, cliniquement apparents, ainsi que chez les hystériques anesthésiques. Une émotion forte détruit, supprime tout le travail

qui a été fait pendant la séance précédente Il n'y a de différence que dans la force de l'émotion nécessaire pour amener ce résultat. Chez les sujets très malades, comme M., ainsi que je l'ai décrit dans un chapitre précédent, il suffit de presque rien, une rencontre, un mot désagréable, une modification dans le travail, le plus léger ennui, la plus légère crainte pour faire réapparaître des délires, des fugues, des amnésies étendues, des contractures des muscles du tronc et des viscères, une anesthésie généralisée. Chez les malades bien traités, surveillés avec beaucoup de soin, qui ont déjà été « remontés » souvent, dont les idées fixes sont bien détruites, chez ceux surtout, comme je l'ai observé quelquefois, dont l'activité cérébrale a été reposée et fortifiée par des sommeils prolongés, les petites émotions n'ont pas autant d'effet. Mais il n'en reste pas moins un fait frappant, c'est que l'émotion est chez tous ces malades, la grande raison, l'occasion constante des rechutes perpétuelles.

Comment comprendre ce fait ? Faut-il dire que l'émotion détermine une nouvelle idée fixe, celle de l'accident ? Ce n'est pas toujours vrai ; bien souvent ce sont simplement les idées fixes anciennes qui réapparaissent ; dans beaucoup de cas il n'y a aucune idée fixe, mais simplement chute profonde de l'activité cérébrale. Faut-il dire que l'émotion détermine une amnésie ? cela est en partie vrai puisque nous constatons presque toujours à la suite de l'accident un certain degré d'amnésie rétrograde et d'amnésie continue, mais l'amnésie ne porte pas sur les souvenirs de la séance précédente, sur le souvenir du directeur de conscience, pourquoi donc a-t-il perdu son influence ? Pourquoi le sujet même avec une certaine amnésie portant sur deux heures, par exemple, ne reste-t-il pas raisonnable, capable d'attention et de volonté, comme il était deux heures auparavant. Pourquoi y a-t-il une destruction si profonde de toutes les autres fonctions ? Faut-il dire que l'émotion produit une anesthésie, cela n'est vrai que dans certains cas, quand il s'agit d'hystériques prédisposés à ce phénomène et cela n'est pas vrai chez les douteurs qui présentent cependant ce même effet général de l'émotion. Cela n'explique pas que le malade se serve si mal des sensations et des images qui lui restent. Enfin ce n'est que la constation pure du fait : l'émotion amène souvent des anesthésies, ce n'est aucunement l'explication de cet effet de l'émotion. Expliquerait-on mieux en disant que l'émotion paralyse, engourdit les centres correspondant

à ces sensations, ce n'est pas là une explication scientifique, tant qu'on n'a pas constaté la modification de ces centres. C'est simplement une déduction philosophique, la traduction du fait observé, l'anesthésie, en un autre langage. D'ailleurs il faut toujours remarquer que dans ce cas l'anesthésie a des caractères singuliers. Les sensations sont conservées d'une manière subconsciente : Marguerite tout à fait anesthésique du côté droit et incapable en apparence de remuer son bras droit sans le voir, a conservé de ce côté l'écriture automatique en dehors de la vision. Par cette écriture elle accuse toutes les impressions les plus délicates faites sur le côté droit et distingue sur la face inférieure du poignet droit les pointes de l'æsthésiomètre à 15 millimètres de distance l'une de l'autre. Quand même on admettrait pour expliquer cette perte de la conscience personnelle des sensations un engourdissement spécial des centres, ce n'est encore là que la constatation pure et simple du fait et non son explication.

Je crois qu'on interprétera mieux les choses en faisant rentrer ces phénomènes dans un groupe de faits fort intéressant déjà signalé à propos de l'amnésie continue. L'émotion semble avoir, au moins dans certains cas, un rôle inverse de celui qui a été attribué à la volonté et à l'attention. Ce qui caractérisait ces deux fonctions, c'était une activité de synthèse, une construction de systèmes plus complexes édifiés avec les éléments de la pensée, les sensations et les images. Ces systèmes formaient les résolutions, les perceptions et les jugements, la mémoire et la conscience personnelles ; l'émotion, au contraire, semble douée d'un pouvoir de dissociation, d'analyse. Sauf dans des cas extrêmes où la dissociation va jusqu'à la destruction et pourrait même aller jusqu'à la mort, l'émotion ne détruit pas réellement les éléments de la pensée ; elle les laisse subsister, mais désagrégés, isolés les uns des autres, à un point tel quelquefois que leurs fonctions sont à peu près suspendues.

Or on a vu que le travail du directeur pendant les séances précédentes a été un travail de synthèse ; il a organisé des résolutions, des croyances, des émotions, il a aidé le sujet à rattacher à sa personnalité des images et des sensations. Bien plus il a échafaudé tout ce système de pensées autour d'un centre spécial qui est le souvenir et l'image de sa personne. Le sujet a emporté dans son esprit et dans son cerveau une synthèse nouvelle, passablement artificielle et très fragile, sur laquelle l'émotion a facile-

ment exercé sa puissance désorganisatrice. Cette hypothèse a du moins l'avantage de rapprocher bien des faits et de rentrer dans une conception assez vaste du mécanisme psychologique. La pensée me semble comme le corps vivant lui-même osciller perpétuellement entre ces deux grands phénomènes: l'assimilation, l'organisation, l'accroissement et d'autre part la désassimilation, la dissociation et la destruction.

Mais dira-t-on, pourquoi l'influence s'épuise-t-elle au bout d'un certain temps même quand la vie du sujet est parfaitement calme, que l'on ne discerne pas de problèmes bien nouveaux et qu'aucune émotion n'est venue le bouleverser ? Pourquoi le sujet revient-il avec les mêmes questions que la première fois redemander les mêmes solutions ? C'est d'abord, comme j'ai essayé de le montrer[1], parce qu'il est impossible de continuer longtemps la même existence sans modifications, sans adaptations nouvelles. Le temps apporte sans cesse des situations nouvelles et demande sans cesse des adaptations et des volontés nouvelles. La vie purement automatique ne peut durer, du moins chez un être conscient et la continuation même d'une même action consciente demande une activité de synthèse et de création. Ces malades, comme s'ils avaient une vitalité insuffisante, ne savent plus s'adapter au monde. Peu à peu la construction toute faite mise dans leur esprit n'est plus en rapport avec les circonstances et devient insuffisante. Enfin, il faut se souvenir que c'est dans ces études spéciales de psychologie que se vérifie le mieux l'ancien adage de Bossuet et des métaphysiciens: « L'être et la durée de l'être dépendent de sa perfection. » Les synthèses mentales imparfaites, péniblement construites durent peu, d'autant moins que le sujet est plus faible et un beau jour toute cette construction artificielle, les résolutions, l'image du directeur, l'amour pour cette image, etc., tout cela s'écroule et le travail est à recommencer.

C'est pourquoi le sujet vient de nouveau demander le même secours. Le général Noizet qui avait bien vu quelques-uns de ces faits proposait non sans raison « d'appeler le magnétiseur un *directeur*[2] ». Qu'il me soit permis d'ajouter un surnom vulgaire qui m'avait été donné par une malade de la Salpêtrière et qui résume bien ces caractères. Elle m'avait appelé « le remonteur de

1. Un cas d'aboulie. *Revue philosophique*, 1891, I, 269.
2. Noizet, *Mémoires sur le somnambulisme*, 1854, p. 96.

pendules », et, par cette expression, elle montrait qu'elle avait bien compris et son état et mon rôle.

Sans doute, l'hypnotisme ajoute aux phénomènes certains caractères. Il rend l'influence plus forte parce qu'il augmente l'obéissance, qu'il diminue les résistances. Il produit des effets plus surprenants parce qu'il amène l'amnésie et la subconscience et laisse ignorer aux malades ce que l'on leur a fait, mais il ne transforme guère la nature des phénomènes qui consistent toujours dans une affirmation et une volonté c'est-à-dire une direction imposée aux gens qui ne peuvent pas vouloir, qui ne peuvent pas s'adapter, qui vivent d'une manière insuffisante.

## *Conclusion.*

Ces études nous fournissent en premier lieu des indications précieuses pour le traitement de certains malades. Je ne puis étudier ici les détails du traitement psychologique que j'ai essayé d'exposer dans un autre travail [1], il me suffira d'en indiquer la direction générale. La suggestion, qu'elle soit faite pendant le sommeil hypnotique ou pendant la veille, suivant les circonstances, est en réalité un merveilleux agent thérapeutique ; mais, pour éviter les déceptions, il ne faut pas exagérer sa portée. On est trop disposé, à mon avis, à voir dans cette méthode un traitement rapide, instantané, comme une opération chirurgicale, et ce qu'on lui demande trop souvent ce sont des guérisons subites d'apparence miraculeuse. Il en existe certainement et il ne faut pas refuser, quand cela est possible, de faire des miracles. Mais, comme le remarquait déjà Charcot [2], c'est là une ambition dangereuse qui expose à bien des échecs et dans la plupart des cas un peu sérieux de névrose ou de psychose, une guérison subite et définitive est une absurdité physiologique et psychologique. La suggestion et le traitement psychologique en général sont presque toujours des traitements de longue durée parce qu'ils consistent en réalité en une *éducation* de l'esprit.

Dans cette éducation le médecin doit se proposer deux buts

1. Traitement psychologique de l'hystérie, étude qui paraîtra prochainement dans le *Traité de thérapeutique appliquée* de A. Robin.

2. *Leçons du Mardi*, I, 286.

en apparence contradictoires qu'il faut cependant poursuivre simultanément : 1° il faut prendre la direction complète de l'esprit du malade, l'habituer à subir une autorité, à vivre constamment sous une influence étrangère ; 2° il faut réduire cette domination au minimum et apprendre peu à peu au malade à s'en passer. Si on néglige le premier point on n'obtient que des guérisons passagères, tout au plus bonnes pour surprendre les assistants, et on verra rapidement les accidents de l'automatisme cérébral réapparaître sous une forme ou sous une autre. Si on néglige le second point on développera à un point dangereux les phénomènes de la passion somnambulique qui bientôt rendront le traitement impraticable.

Pour parvenir à concilier ces deux nécessités de la thérapeutique mentale, on peut se servir d'un certain nombre de pratiques plus ou moins efficaces. Il ne faut pas exagérer l'emploi de la suggestion, il faut régler l'écartement des séances et leur durée, etc., il faut sans cesse exciter les sujets à se rendre compte de leurs sensations et de leurs pensées. En même temps je crois très important de chercher par tous les moyens possibles, par l'hygiène, certaines médications physiques, la restauration et la direction du sommeil et surtout la gymnastique graduelle de l'attention, à développer les fonctions de synthèse mentale. Enfin il faut chercher à diminuer la fatigue de la pensée en simplifiant la vie des malades. « Le véritable traitement de l'hystérie, disait Briquet, c'est le bonheur. » J'ai essayé de comprendre quel était ce bonheur qui convenait aux hystériques ; c'est, à mon avis, la simplicité, presque la monotonie d'une existence facile qui diminue les efforts d'adaptation. Beaucoup de malades bien dirigés arriveront ainsi à se passer de leur médecin, quelques-uns auront longtemps et même toujours besoin d'une direction morale, de même qu'il y a des infirmes qui ne marcheront jamais sans béquilles.

Ces études sur l'influence somnambulique me paraissent avoir encore quelque importance à un second point de vue : elles peuvent éclaircir certaines observations souvent faites sur des individus considérés comme normaux et préciser certaines notions de psychologie normale et de morale. L'amour, l'amitié, le besoin de société, tous les sentiments sociaux sont évidemment très complexes et sont composés par une foule d'éléments divers. C'est une grande exagération, à mon avis, que de les rattacher toujours d'une façon simple aux instincts sexuels, au plaisir du contact. Au

moins, dans nos sociétés complexes, ils dépendent aussi de beaucoup d'autres phénomènes psychologiques. Il me semble que ces études rappellent l'attention sur l'un de ces phénomènes.

Il est d'observation banale que certaines personnes ne savent pas travailler quand elles sont seules, quand elles ne sont pas constamment et très étroitement surveillées et commandées. Ce n'est pas précisément par impuissance ou par paresse qu'elles restent inactives, c'est parce qu'elles ne savent pas s'imposer un choix, une méthode, un effort; elles ne savent « que faire, par quoi commencer, comment s'y prendre ».

Ce caractère se remarque dans les œuvres les plus élevées de l'art et de la science ; certains esprits sont imitateurs dans le sens le plus étroit, certains individus ne peuvent rien faire sans s'appuyer sur quelque travail déjà fait, ils sont toujours collaborateurs ou plagiaires. Combien d'hommes ne peuvent être que des excellents employés et, malgré leurs illusions, seraient incapables d'être patrons !

Sans doute, dira-t-on, il y a de l'imitation et de l'obéissance partout, mais je puis cependant remarquer que le degré d'imitation n'est pas le même chez tous et qu'il y a des esprits qui, plus que d'autres, ont besoin d'une imitation perpétuelle.

Ces mêmes personnes que nous venons de voir incapables de travailler seules sont également incapables de *s'amuser* seules. Il leur faut des compagnons de jeu, non pas, je le répète, à cause du plaisir que donne la société, mais pour leur apprendre « à quoi jouer, à quoi s'intéresser, à quoi s'occuper ». C'est pour moi une marque de force d'esprit chez un homme et chez un enfant que de savoir s'amuser seul, et l'ennui qui frappe si souvent les personnes isolées n'est bien souvent qu'une marque de cette faiblesse de la volonté.

Toutes ces personnes, dit-on, sont sociables, elles « ont besoin d'affections », souffrent de « n'être pas comprises », réclament un « milieu sympathique », etc. Cette sociabilité, chez elles, bien entendu, car je ne prétends pas qu'il en soit ainsi pour tous, n'est à des degrés divers que le besoin d'obéir. Elles cherchent des amis qui les dirigent à leur insu, des collaborateurs qu'elles copient en croyant être originales, en un mot des esprits qui pensent et veuillent pour elles. « Notre foi, disait Max Müller, n'est souvent que la foi dans la foi d'un autre », et nous ajoute-

rions volontiers, avec M. W. James[1] : « Notre volonté, notre courage ne sont souvent que le reflet de la volonté et du courage d'un autre. »

Ces phénomènes sont délicats et difficiles à observer chez l'homme normal qui, par vanité, les ignore et les dissimule ; ils se sont montrés à nous dans tous leurs détails chez les malades.

Ces hystériques si bien guéris par quelques conseils et quelques ordres, qui, aux premières difficultés de la vie, simplement après l'écoulement du temps, retombent dans leurs folies, leurs désespoirs et leurs ennuis, puis qui reviennent se faire guérir par une gronderie et une exhortation et ainsi indéfiniment, ne sont-ils pas l'image amplifiée de l'homme qui reste enfant et qui n'est jamais assez fort pour se diriger tout seul ? On peut observer chez eux les détails des phénomènes, voir le rôle que joue l'exagération de l'habitude, de la mémoire, de l'automatisme en un mot, la diminution de l'attention, de la volonté, des phénomènes de synthèse qui permettent à l'être vivant de s'adapter au monde indéfiniment changeant. On les voit emprunter à d'autres ces phénomènes de synthèse qui leur manquent, comme si la division psychologique si importante des phénomènes d'automatisme et des phénomènes de synthèse se poursuivait dans la société et donnait naissance par la prédominance des uns ou des autres à des catégories d'individus différentes. S'il en est ainsi, ce petit phénomène curieux du « rapport magnétique » n'est pas insignifiant, il nous permet peut-être d'étudier un élément important des relations sociales, de comprendre l'origine de la dépendance et de la hiérarchie, de rattacher le besoin d'obéissance des uns et l'autorité des autres à la diminution et à l'accroissement de la puissance vitale.

1. W. James, *Principles of psychology*, 1890, II, 579.

## CHAPITRE XIII.

### UNE OPÉRATION CHIRURGICALE PENDANT LE SOMNAMBULISME PROVOQUÉ[1]

L'anesthésie déterminée par suggestion pendant le somnambulisme provoqué est un fait bien connu et l'on sait que l'on a pu quelquefois la rendre suffisante pour permettre des opérations chirurgicales assez graves. M. Mesnet, dans une communication faite à l'Académie de médecine le 30 juillet 1889, présentait le récit d'un fait de ce genre, l'observation « d'un cas de cystocèle vaginale opéré pendant le sommeil hypnotique » et à ce propos donnait un historique, auquel je renvoie le lecteur, des opérations chirurgicales effectuées dans les mêmes conditions. Ces cas ne me semblent pas encore assez nombreux pour qu'une nouvelle observation analogue aux précédentes ne présente pas quelque intérêt.

J'avais eu déjà souvent l'occasion de pratiquer ou de faire pratiquer quelques petites opérations simples sur des hystériques hypnotisées, l'ouverture d'un panaris, par exemple, l'ouverture d'un petit abcès, à trois reprises différentes l'extraction d'une grosse molaire. Dans chaque observation on pouvait noter quelques détails à retenir. Une malade fut présentée au dentiste, bien éveillée, deux jours après avoir été hypnotisée et avoir reçu pendant l'hypnose la suggestion de ne rien sentir. Elle subit l'opération avec une indifférence complète. Dans un autre cas la même expérience réussit moins bien : la malade gémit pendant l'extraction, mais aussitôt après resta très calme ne conservant aucun souvenir d'avoir souffert. L'amnésie fut ici plus complète que

1. Extrait du *Journal de neurologie et d'hypnologie de Bruxelles*, février 1897.

l'anesthésie proprement dite. Supprimer le souvenir de la douleur n'était-ce pas cependant, suivant la remarque de M. Ch. Richet, diminuer singulièrement la douleur elle-même ? Mais toutes ces opérations étaient en somme très courtes et de peu d'importance et je désirais constater cette anesthésie dans une circonstance plus grave.

Au mois de février de cette année, entrait dans le service de M. Segond, chirurgien de la Salpêtrière, une jeune femme de 24 ans, nommée Qe, présentant une métrite grave, avec antéversion de l'utérus. Il fut décidé que l'on pratiquerait la dilatation du col et le curettage de l'utérus. Cette malade avait fait l'année précédente un séjour de quelques mois dans le service de M. le professeur Raymond, où j'avais eu l'occasion de l'étudier. C'était une hystérique présentant des attaques assez fortes, suivies de délires qui persistaient quelquefois un ou deux jours.

Les stigmates de l'hystérie existaient nettement sans être très accusés, diminution de la sensibilité du côté gauche, plutôt qu'anesthésie véritable et rétrécissement variable du champ visuel surtout marqué pendant l'effort d'attention, comme j'ai eu l'occasion de le montrer[1]. Je n'insiste pas sur tous les troubles psychologiques de la volonté, de l'attention qu'il est inutile d'étudier ici. Il suffit de savoir que cette malade était très facilement hypnotisable et extrêmement suggestible : ce fut même par un traitement psychologique que j'étais parvenu l'année précédente à faire disparaître les idées fixes qui déterminaient les attaques et les délires. La malade avait quitté l'hôpital depuis six mois sans présenter de nouveaux accidents hystériques et revenait dans un service de chirurgie pour faire traiter une métrite ancienne, fortement aggravée depuis quelque temps. Avec le consentement de M. Segond, que je remercie de son obligeance, j'ai voulu constater si l'anesthésie déterminée par suggestion pouvait suffire dans une opération assez grave pour être faite ordinairement pendant le sommeil chloroformique.

Il fut très facile d'hypnotiser la malade de nouveau et de la décider à se laisser opérer pendant le sommeil hypnotique, en lui promettant, bien entendu, pour la rassurer, de recourir à l'éther dès qu'elle souffrirait.

Pendant trois séances de somnambulisme provoqué je cherchai

1. *Stigmates mentaux des hystériques*, 1893, p. 75.

à l'habituer à l'insensibilité qui semblait devenir complète. Il est vrai que je ne pouvais la vérifier que par quelques piqûres ou pincements sans gravité. Malheureusement je ne pus m'occuper assez de Qe, et elle ne fut pas hypnotisée pendant les quinze jours qui précédèrent l'opération.

Je croyais que l'opération serait reculée et je fus un peu surpris quand on vint me prévenir. La malade était dans un état d'anxiété extrême et je crus un moment l'expérience impossible. Cependant elle fut assez facilement hypnotisée, mais dans le somnambulisme elle manifestait la plus vive frayeur. « J'ai peur, disait-elle, sans cesse, je suis sûre que *je vais* souffrir beaucoup, on *va* me faire mal. »

L'opération commença cependant sans que la malade s'en aperçût, elle continua pendant quelques minutes à parler de sa peur pour l'avenir. « Je *vais* souffrir » mais ne se préoccupait pas de souffrance actuelle. Pendant les dix dernières minutes, j'avais réussi à la rassurer et elle parlait d'autre chose « en attendant l'opération qui certainement lui ferait bien du mal ».

L'opération qui s'accomplissait comprenait plusieurs temps particulièrement douloureux, en particulier la dilatation extemporanée du col. Le col assez étroit n'admettait que la bougie n° 24, la dilatation fut poussée jusqu'au n° 54, et ce ne fut qu'au dernier moment, au moment de l'extraction de la dernière bougie qu'il y eut un petit tressaillement des jambes. M. Segond, dont je suis heureux d'apporter ici l'opinion, croit ce premier temps, cette dilatation rapide, particulièrement douloureux, et ne pense pas qu'une femme en état normal pût la supporter sans crier. Les autres temps, le curettage, le lavage au chlorure de zinc, le tamponnement, ne déterminèrent aucune réaction. Toute l'opération dura vingt minutes.

La malade transportée sur son lit fut immédiatement réveillée ; elle eut un moment d'angoisse, car elle était convaincue que je n'avais pas pu l'endormir et qu'on allait commencer l'opération. Elle eut beaucoup de peine à croire que tout était fini, et quand elle fut rassurée, déjeuna de fort bon appétit, comme si rien ne s'était passé.

Les suites furent des plus simples, quoique malheureusement la métrite ne fût pas entièrement guérie mais seulement atténuée par cette opération. Il est certain que l'absence complète de souvenirs et de souffrances, l'absence des nausées que laisse après

lui le chloroforme, le calme et le bien-être de la malade montrent la supériorité surprenante de ce mode d'anesthésie. Un peu plus de précaution m'aurait permis, en hypnotisant la malade la veille de l'opération, de supprimer complètement ces craintes qui seules ont été manifestées avant et pendant l'opération. Il est certain que l'on peut obtenir par des procédés de ce genre l'état mental le plus désirable pour une opération. Malheureusement on ne peut jusqu'à présent essayer avec quelque chance de succès une pareille expérience que sur un petit nombre de sujets et nous sommes encore loin de l'époque où l'on pourra pratiquement appliquer à tous les cas ce mode d'anesthésie chirurgicale.

---

# TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES



31.

---

# TABLE DES CHAPITRES

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

